



Université de Montréal

La généralisation des acquis en traitement chez les délinquants sexuels adultes

Par

Virginie Sylvain

École de Criminologie

Faculté des Arts et des Sciences

Rapport de stage présenté à la Faculté des études supérieures

En vue de l'obtention du grade de maîtrise (M. Sc.)

En criminologie

Juin 2010

© Virginie Sylvain, 2010

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce rapport de stage intitulé :  
La généralisation des acquis en traitement chez les délinquants sexuels adultes

Présenté par :  
Virginie Sylvain

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Proulx, directeur de stage  
Alexandre Nicole, superviseur  
Jean-Pierre Guay, président-rapporteur

## SOMMAIRE

La généralisation des acquis dans le domaine de l'agression sexuelle peut se subdiviser en deux volets, soit la généralisation qui se produit lors du traitement et celle suivant le retour dans la collectivité. Le modèle de traitement cognitivo-comportemental, basé sur les principes du risque, des besoins et de la réceptivité, permet une réduction significative des taux de récidive. Plus spécifiquement, les besoins criminogènes ciblés chez chacun des délinquants et le type de stratégies apprises en traitement peuvent influencer sur le processus de généralisation des acquis. De la même façon, les caractéristiques propres à l'agresseur sexuel ont également un rôle à jouer. Lors de la libération, la considération et la mise en place de certaines mesures, telles que le plan de réinsertion sociale, les besoins sociaux et individuels, l'employabilité, le logement et la continuité thérapeutique important afin de faciliter le maintien des acquis. Ainsi, le présent projet de maîtrise vise à mettre de l'avant une meilleure compréhension du phénomène de la généralisation des acquis chez quatre délinquants sexuels suivis dans la collectivité (Centre de psychiatrie légale de Montréal), à la suite d'un traitement d'un an complété à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Dans le but de comprendre les facteurs pouvant favoriser ce processus, nous avons étudié la manière dont ces différents facteurs se sont présentés chez les délinquants sexuels à l'étude et l'impact lié à la présence ou à l'absence de ces variables. L'analyse clinique du matériel obtenu a démontré, d'une part, que la généralisation des acquis est facilitée lorsque l'ensemble des besoins criminogènes sont des cibles de traitement et que, d'autre part, le délinquant est en mesure d'appliquer des stratégies cognitivo-comportementales plutôt que des techniques purement cognitives. Par ailleurs, la présence d'impulsivité et de problèmes individuels non stabilisés peut nuire au processus. Finalement, il est ressorti que la généralisation des acquis est plus facilement atteignable lorsque les variables identifiées comme étant propices à une réinsertion sociale réussie sont présentes dans le quotidien des délinquants.

**Mots-clés :** Généralisation des acquis, délinquants sexuels, réinsertion sociale, retour dans la collectivité, maintien des acquis

## ABSTRACT

In the field of sexual aggression, the generalization of therapeutic gains can be divided in two sections: the generalization that occurs in the course of the treatment and the generalization that is made after the return in the community. It has been demonstrated that the Cognitive-Behavioral Treatment Model, based on the principles of the Risk-Needs-Reponsivity Model, has the greatest impact on recidivism level. To be more specific, target criminogenic needs specifics to the offender and the type of strategies learned in treatment can influence the process of generalization of therapeutic gains. In the same way, the characteristics of the sexual aggressor also have a role to play. When considering the release period, taking into account and implementing some measures, such as the plan of social reintegration, social and individual needs, employability, accommodation and continuity of treatment help to maintain therapeutic gains. Consequently, this project aims to contribute to a better understanding of the phenomenon of the generalization of therapeutic gains by studying four sexual offenders during a follow-up in the community (Centre de psychiatrie légale de Montréal), after they received a one-year treatment at the Institut Philippe-Pinel de Montréal. With the aim of understanding factors that can facilitate this process, we studied how these factors were expressed by the sex offenders and the difference the presence or the absence of these variables. The clinical analysis of the results suggest on one hand that the generalization of therapeutic gains is facilitated when all criminogenic needs are addressed during treatment, and on the other hand when the sex offender has the capacity to apply cognitive-behavioral strategies instead of purely cognitive techniques. Besides, the presence of impulsiveness and non-stabilized individual problems can spoil the process. Finally, it came out that the generalization of therapeutic gains is easier when variables identified as being favourable to a successful social reintegration are part of the everyday life of the offenders.

**Key words:** Generalizations of therapeutic gains, sexual offenders, social reintegration, return in community, maintenance of therapeutic gains

## TABLE DES MATIÈRES

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>4</b>
<b>CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Efficacité de l'approche cognitivo-comportementale .....</b>	<b>7</b>
1.1.1 Traitements auprès de la population des délinquants sexuels .....	10
<b>1.2 Caractéristiques importantes des traitements efficaces .....</b>	<b>14</b>
1.2.1 Niveau de risque .....	14
1.2.2 Les facteurs de réceptivité.....	14
<i>Abandon du traitement .....</i>	<i>15</i>
<i>Apprentissages en traitement .....</i>	<i>17</i>
1.2.3 Besoins criminogènes .....	19
<b>1.3 Retour dans la collectivité : favoriser la réussite de la réinsertion sociale des délinquants .....</b>	<b>20</b>
1.3.1 Les facteurs associés à la réussite du retour des délinquants sexuels dans la collectivité .....	22
<i>Les besoins individuels .....</i>	<i>22</i>
<i>Les besoins sociaux .....</i>	<i>22</i>
<i>Le logement.....</i>	<i>25</i>
<i>L'emploi.....</i>	<i>26</i>
<i>La continuité thérapeutique .....</i>	<i>27</i>
<i>Le plan de réinsertion sociale.....</i>	<i>27</i>
<b>1.4 Problématique .....</b>	<b>30</b>
<b>CHAPITRE 2 : MILIEU DE STAGE .....</b>	<b>31</b>
<b>2.1 Institut Philippe-Pinel de Montréal .....</b>	<b>31</b>
2.1.1 Description du programme de traitement.....	32
2.1.2 Le rôle du criminologue.....	33
<b>2.2 Le Centre de psychiatrie légale de Montréal .....</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Enjeux éthiques et déontologiques .....</b>	<b>34</b>
<b>CHAPITRE 3 : DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PENDANT LE STAGE .....</b>	<b>36</b>
<b>3.1 Objectifs cliniques .....</b>	<b>36</b>
3.1.1 Description des activités réalisées et atteinte des objectifs cliniques .....	37
3.1.2 Difficultés rencontrées en cours de stage.....	40
<b>3.2 Objectifs d'étude.....</b>	<b>43</b>
3.2.1 Élaboration du projet de stage .....	43
3.2.2 Limites du projet de stage.....	45
<b>CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DU MATÉRIEL – ÉTUDES DE CAS.....</b>	<b>47</b>
<b>4.1 Étude de cas 1 (Jonathan) .....</b>	<b>47</b>
4.1.1 Histoire criminologique .....	47
4.1.2 Traitement .....	50
4.1.3 Retour dans la collectivité.....	52
<b>4.2 Étude de cas 2 (Jocelyn) .....</b>	<b>58</b>

4.2.1 Histoire criminologique .....	58
4.2.2 Traitement .....	61
4.2.3 Retour dans la collectivité.....	64
<b>4.3 Étude de cas 3 (Pierre-Paul).....</b>	<b>68</b>
4.3.1 Histoire criminologique .....	68
4.3.2 Traitement .....	71
4.3.3 Retour dans la collectivité.....	74
<b>4.4 Étude de cas 4 (Rémi).....</b>	<b>79</b>
4.4.1 Histoire criminologique .....	79
4.4.2 Traitement .....	82
4.4.3 Retour dans la collectivité.....	85
<b>CHAPITRE 5 : ANALYSE DU MATÉRIEL ET INTERPRÉTATION .....</b>	<b>91</b>
<b>5.1 La généralisation des acquis faits en traitement.....</b>	<b>91</b>
5.1.1 Objectifs de traitement.....	91
5.1.2 Utilisation des stratégies d'adaptation .....	93
5.1.3 Prédispositions cognitives et psychopathologiques .....	95
<b>5.2 La généralisation des acquis dans la collectivité.....</b>	<b>96</b>
5.2.1 Mode de vie.....	96
5.2.2 Continuité thérapeutique et suivis légaux .....	100
5.2.3 Projet de vie.....	102
5.2.4 Facteurs de risque dynamiques .....	103
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>105</b>
<b>ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE .....</b>	<b>108</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>114</b>

## REMERCIEMENTS

Le présent document représente bien plus qu'un simple rapport de stage. Ce travail s'inscrit dans une suite d'apprentissages, de questionnements et de difficultés, de persévérance et, finalement, de satisfaction. L'ensemble de ce cheminement a touché, de près ou de loin, nombre de personnes qu'il m'importe ici de mentionner.

Tout d'abord, de la conception de mon projet jusqu'à l'écriture du présent rapport, l'appui de mon directeur de maîtrise, monsieur Jean Proulx, a été pour moi d'une grande importance. Je ne peux passer sous silence sa disponibilité, sa grande connaissance, ses questionnements et réflexions, qui m'ont permis de faire de ce projet une réussite dont je suis fier.

Par ailleurs, je me dois de souligner l'accueil chaleureux que m'a réservé l'équipe du D-2 à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal. Les différents intervenants m'ont intégrée dans leur équipe sans heurt, tout en me permettant de prendre part quotidiennement à leur pratique. De la même façon, mes superviseurs de stage m'ont aussi permis de faire de ce séjour un stage riche en connaissances et en expériences. Dans un premier temps, je tiens à remercier monsieur Alexandre Nicole de m'avoir permis de vivre cette expérience à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal et d'avoir pris le temps d'entendre mes questionnements, d'y répondre et de les pousser encore plus loin. Je tiens également à souligner son ouverture à ma présence au Centre de psychiatrie légale de Montréal afin que je puisse réaliser, comme que je le souhaitais, mon projet de maîtrise. Cet appui et l'intérêt porté à mon projet ont été pour moi très précieux. Je tiens également à remercier madame Geneviève Martel, qui a partagé avec moi sa pratique au quotidien et qui m'a aussi accompagnée tout au long de ce stage. Merci pour ta présence, ton écoute et ton ouverture.

Finalement, je ne peux conclure ces remerciements sans souligner l'appui de ma famille et de mes amis. Ils m'ont soutenue tout au long de la progression, parfois lente, de ma maîtrise, à laquelle ils se sont intéressés, ce dont j'ai été reconnaissante jusqu'à la fin. Plus particulièrement, Annie, Audrey et Catherine(s)... Merci.



## INTRODUCTION

Les crimes contre la personne, plus particulièrement les cas d'agression sexuelle, sont certainement les délits qui suscitent le plus la réprobation sociale dans la société québécoise. En 2004, Motiuk et Vuong ont estimé que 3 457 délinquants sexuels étaient pris en charge par le système correctionnel canadien, ce qui représentait environ 16 % des criminels pris en charge par cette organisation. De ce nombre, 2 303 purgeaient leur peine en incarcération alors que 1 157 étaient en liberté sous condition. Ainsi, 11,8 % de la population carcérale bénéficiant d'une liberté sous condition étaient des agresseurs sexuels. Savoir un délinquant sexuel en liberté suscite beaucoup d'inquiétude dans la population générale. En effet, il s'agit d'une des formes de criminalité pour laquelle les citoyens revendiquent fermement des solutions durables afin de l'enrayer ou du moins, pour qu'un contrôle ferme soit exercé (Roy, 2008).

En réponse aux pressions populaires afin que les auteurs de délits de nature sexuelle soient pris en charge, diverses solutions peuvent être envisagées. Puisque le système carcéral prévoit le retour dans la société d'une très grande majorité des agresseurs sexuels incarcérés, leur réhabilitation doit être envisagée. Selon la littérature portant sur le sujet, il apparaît qu'une des solutions viables passe par le traitement pouvant être offert à ces auteurs de crimes sexuels. En effet, étant donné les résultats de plus en plus encourageants quant à leur efficacité, il est maintenant possible d'affirmer que les traitements actuels pour délinquants sexuels réduisent les taux de récidive (Hanson, Bourgon, Helmus et Hogson, 2009). D'ailleurs, plusieurs établissements carcéraux offrent des programmes de thérapie spécialisés pour agresseurs sexuels.

De nombreuses années de pratique clinique ont permis de déterminer certaines composantes importantes à introduire dans l'intervention offerte à cette population, de sorte que l'acquisition de compétences soit durable. Ainsi, dans la continuité du principe des besoins, ce sont les facteurs de risque dynamiques associés à la récidive qui doivent être ciblés en cours de traitement afin que les risques de récidive soient amoindris lors du retour dans la collectivité (Hanson et Morton-Bourgon, 2004). L'application de certains types de stratégies, notamment les stratégies cognitivo-comportementales, au détriment des techniques purement cognitives, entraînera également de meilleurs résultats à long terme

chez les délinquants sexuels (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Par ailleurs, il importe aussi de tenir compte de certains facteurs propres aux délinquants puisqu'ils peuvent également avoir un effet sur la généralisation des acquis pendant et après le traitement. Ainsi, l'application au quotidien des connaissances acquises en traitement sera facilitée ou plus difficile pour les délinquants, selon qu'ils présentent ou non certaines caractéristiques socio-démographiques, criminologiques et psychologiques (Looman, Dickie et Abracen, 2005).

Cependant, c'est lors du retour dans la collectivité que la généralisation des acquis prend toute son importance. En effet, c'est à ce moment que l'application des connaissances acquises en traitement devient primordiale pour éviter une possible récidive. La réinsertion sociale joue un rôle-clé dans le transfert et l'application des apprentissages entre la fin de l'incarcération et la fin de la sentence du délinquant sexuel. Selon Maruna (2001), il importe de travailler sur la motivation au traitement qu'a le délinquant afin qu'il s'affranchisse définitivement de la criminalité lors de son retour dans la collectivité. Par ailleurs, l'étude de Grace et Willis (2008) a permis de mettre en lumière certains facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement sur le retour dans la collectivité du délinquant. Outre l'élaboration du plan de réinsertion sociale en tant que tel, certaines variables, comme le logement, l'employabilité, le soutien social et la continuité thérapeutique, doivent être prises en compte pour une généralisation des acquis optimale.

Ainsi, l'élaboration de notre projet de maîtrise visait la compréhension de l'ensemble de ces éléments. Nous souhaitons déterminer de quelle façon la généralisation des acquis chez les délinquants sexuels s'articulait, en fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs, au moment du traitement et, par la suite, lors de leur retour dans la collectivité. Notre implication dans les suivis thérapeutiques de quatre délinquants sexuels au Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM) (consultation externe), ayant auparavant pris part au traitement offert à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM), nous a permis de dresser un portrait des délinquants à partir de l'ensemble de ces variables. Par le biais d'études de cas, nous avons pu mettre en lumière les facteurs ayant un rôle à jouer dans le processus de généralisation des acquis, les interactions entre ceux-ci et les défis relatifs à la réussite de la généralisation des acquis. Cela nous a également permis d'établir un parallèle entre la réalité vécue par des délinquants sexuels lors de leur retour dans la collectivité et la

littérature scientifique portant sur le sujet. L'ensemble de cette réflexion nous a amenée, en conclusion, à formuler des recommandations visant l'amélioration des mécanismes mis en place afin que le délinquant utilise pleinement les connaissances acquises en traitement lors de son retour dans la collectivité.

## **CHAPITRE 1 : CADRE THÉORIQUE**

La généralisation des acquis chez les délinquants sexuels touche plusieurs points traités dans la littérature scientifique portant sur cette population. Il nous importe donc, dans un premier temps, de dresser un portrait de l'efficacité des traitements offerts à ces délinquants. Dans un deuxième temps, nous aborderons les caractéristiques importantes à retrouver dans les programmes afin de favoriser un apprentissage optimal chez les agresseurs sexuels. Finalement, puisqu'un des enjeux importants de la généralisation des acquis se joue lors de la libération des délinquants sexuels, nous mettrons également en lumière les facteurs associés au retour dans la collectivité pouvant faciliter l'application des connaissances apprises en cours de traitement ou, au contraire, y nuire.

### **1.1 Efficacité de l'approche cognitivo-comportementale**

De manière générale, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que les programmes de type cognitivo-comportemental s'avèrent efficaces dans la réduction du comportement criminel (McGuire et Priestly, 1995; Lester et Van Voorhis, 2000; McGuire, 2001, 2006). En 2001, McGuire a fait la revue de 18 méta-analyses ayant été réalisées entre 1985 et 2000. Il en a conclu que l'intervention de type cognitivo-comportemental entraîne une diminution significative du taux de récidive criminel. En effet, les effets les plus positifs sont obtenus après avoir appliqué ce modèle de traitement, qui met l'accent sur les pensées, les émotions et le comportement de l'individu pouvant favoriser la commission du crime (McGuire, 2001). Ainsi, par des méthodes telles que le « modeling », le renforcement et la restructuration cognitive, on cherche à modifier certains processus cognitifs qui favorisent l'émergence de comportements antisociaux (Andrews, 2001; Leschied, Bernfeld et Farrington, 2001). On a observé des diminutions des taux de récidive allant de 25 à 30 % chez les délinquants ayant participé à des traitements de type cognitivo-comportemental (McGuire, 2001).

Ces résultats suggèrent que l'intervention cognitivo-comportementale entraîne des résultats supérieurs quant à la réduction du taux de récidive comparativement à d'autres méthodes, telles que la psychodynamique traditionnelle, les thérapies non directives et le counseling, les milieuthérapies peu structurés et les communautés thérapeutiques, les « boot camps »

ainsi que les traitements axés sur la punition ou la dissuasion (McGuire, 2006; Cullen, 2005; Andrews, 2001; Lösel, 1995). Ainsi, les interventions basées sur des fondements empiriques validés, sur des théories multimodales, qui utilisent les principes de l'approche cognitivo-comportementale, qui sont orientées sur l'acquisition d'habiletés, ainsi que ceux qui tiennent compte des principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité, obtiennent de meilleurs résultats (McGuire, 2001; Losël, 2001).

Une récente méta-analyse conduite par Landenberger et Lipsey (2005) a confirmé que le traitement cognitivo-comportemental auprès des délinquants réduit les taux de récidive générale. Plus spécifiquement, les taux de récidive ont diminué significativement chez les délinquants traités qui présentaient initialement un risque élevé de récidive. De meilleurs résultats ont également été obtenus lorsque les programmes de traitement étaient implantés avec intégrité et qu'ils portaient sur la gestion de la colère et la résolution de problèmes interpersonnels. Inversement, certaines autres composantes de traitement sont ressorties comme étant faiblement associées à la réduction de la récidive chez les délinquants. Ainsi, l'amélioration de l'empathie envers les victimes n'aurait que très peu d'impact sur les taux de récidive. De la même façon, la modification du comportement par contrats comportementaux, conçus dans le but de renforcer un comportement approprié, ne diminuerait pas les risques de récidive chez les délinquants.

Par ailleurs, les principes déterminés par Andrews et ses collègues (1990) s'avèrent des composantes importantes pour rendre les programmes de traitement plus efficaces. En effet, les programmes de traitement qui reposent sur les principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité peuvent réduire la récidive de 50 % chez les délinquants (McGuire, 2001). Le principe du risque suggère que les services intensifs doivent être réservés aux délinquants présentant un risque élevé de récidive, alors que les services minimaux doivent être offerts aux individus à faible risque. Le principe du besoin, quant à lui, indique que ce sont les besoins dits criminogènes, soit les facteurs de risque dynamiques, qui doivent être ciblés dans les traitements afin de réduire les risques de récidive. Parmi ceux-ci, notons principalement les attitudes, croyances et cognitions antisociales et procriminelles, l'association avec des pairs criminels, le tempérament et les caractéristiques personnelles de l'individu (psychopathie, faible socialisation, impulsivité, égocentrisme, faible capacité de résolution de problèmes, d'autorégulation et de maîtrise de

soi), la dépendance à l'alcool et/ou la drogue et l'instabilité sur le plan de l'emploi (McGuire, 2001, 2006; Andrews, 1995, 2001). Par ailleurs, les interventions qui visent les besoins non criminogènes, tels que l'estime de soi et les problèmes personnels n'ayant pas de lien avec le délit, n'ont pas d'effet sur la diminution des taux de récidive. Finalement, le principe de réceptivité correspond au type de services, mais aussi à la manière dont sont dispensés ces services aux individus. Il faut donc moduler les styles, les modes et les stratégies d'intervention avec le type d'apprentissage, la motivation, les aptitudes et les caractéristiques personnelles du délinquant. De manière plus précise, la réceptivité interne peut englober la personnalité, l'origine ethnique ou toute autre caractéristique pouvant avoir une influence sur la participation du délinquant au traitement (Andrews, 2001; Marshall et Williams, 2001).

Les traitements offerts dans la collectivité ressortent comme étant plus efficaces dans l'optique de la réduction de la récidive (Hall, 1995; Marshall et Williams, 2001; Polizzi, Mackenzie et Hickman, 1999; Lösel et Schmucker, 2005). En effet, les services sont alors dispensés dans un cadre qui facilite la réinsertion sociale, en plus de permettre la généralisation des acquis (Marshall et Williams, 2001; Andrews, 2001; McGuire et Priestley, 1995). Cependant, même si les données empiriques ne permettent pas encore d'affirmer que les traitements en établissement sont efficaces, les résultats à ce sujet paraissent toutefois prometteurs (Polizzi, Mackenzie et Hickman, 1999). C'est d'ailleurs ce que Landenberger et Lipsey (2005) affirment dans leur méta-analyse, où les délinquants traités en établissement ont présenté des taux de récidive comparables à ceux des délinquants traités dans la collectivité. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que selon la logique des principes du risque et des besoins, les délinquants les plus à risque et présentant un grand nombre de besoins criminogènes sont ceux qui sont les plus à risque de récidiver. Ainsi, ces cas les plus à risque de récidive sont probablement orientés vers un traitement en institution, ce qui peut avoir une incidence sur l'impact du traitement.

L'intégrité des traitements demeure une des caractéristiques essentielles dans l'implantation de programmes efficaces (Andrews, 2001, McGuire et Priestley, 1995; McGuire, 2001). Ainsi, il importe de veiller à ce que les programmes soient mis en place en respectant la façon dont ils ont été conçus et ses différentes caractéristiques. Il est possible de juger de la qualité de leur implantation par les faibles taux d'abandon des participants, par la

surveillance étroite de la qualité et de la fidélité du traitement, par le fonctionnement approprié de celui-ci et par la formation et la supervision du personnel chargé de l'intervention (Landenberger et Lipsey, 2005).

#### 1.1.1 Traitements auprès de la population des délinquants sexuels

L'intervention de type cognitivo-comportemental, combinée avec un module de prévention de la récidive, est l'approche la plus fréquemment utilisée en Amérique du Nord et dans plusieurs autres pays (Mann et Fernandez, 2006; Kirsch et Becker, 2005; Marshall et Williams, 2001; Marshall et Serran, 2000). Les méthodes de type cognitivo-comportemental sont maintenant reconnues comme étant les plus efficaces pour les délinquants sexuels selon l'Association for the treatment of sexual abusers (Mann et Fernandez, 2006; Lussier et Proulx, 2001; Lester et Hurst, 2000). Pour leur part, les traitements hormonaux et médicaux sont considérés comme une mesure efficace pour compléter le traitement de type cognitivo-comportemental (Lösel et Schmucker, 2005; Marshall et Williams, 2001; Hall, 1995). Mann et Fernandez (2006) soulignent toutefois qu'il n'y a pas de support empirique robuste pour appuyer ces résultats. En effet, la majorité des études effectuées, ainsi que les méta-analyses menées jusqu'à présent, ont toutes reçu de sévères critiques en raison de lacunes méthodologiques.

Les résultats des études évaluatives portant sur les traitements de type cognitivo-comportemental sont interprétés de manière divergente selon les auteurs, vu qu'une étude jugée crédible par certains est définie comme peu fiable par d'autres (Comité de collaboration sur les données collectives relatives aux résultats (CCDCR, 2007). Certains auteurs tendent donc à conclure que le traitement est efficace (Hanson, Bourgon, Helmus et Hogson, 2009; Lösel et Shmucker, 2005; Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon et Fenton, 2004; Hanson et coll., 2002; Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall et Mackenzie, 1999; Alexander, 1999; Hall, 1995), alors que d'autres estiment que, malgré des résultats encourageants, il est prématuré d'en tirer des conclusions positives vu l'absence d'une méthodologie dite rigoureuse, soit une procédure d'assignation aléatoire des sujets à un groupe contrôle (non traités) et à un groupe expérimental (traités) (Seto et coll., 2008; Quinsey, Harris, Rice et Lalumière, 1993; Furby, Weinrott et Blackshaw, 1989). Cette méthode, sans garantir que les groupes de contrôle et de traitement soient

parfaitement comparables, assure que les différences entre les groupes sont réparties sans biais et qu'ainsi, les différences préexistantes sont minimisées. Si le groupe expérimental en vient à présenter un taux de récidive plus faible que celui du groupe contrôle, cette différence pourra alors être seulement imputable à l'effet du traitement (Hollin, 2006). Selon le CCDCR (2007), cette procédure est considérée comme le « gold standard » (l'exemple idéal) dans l'évaluation de l'efficacité des traitements en délinquance sexuelle.

Vu les différentes difficultés rencontrées dans la mise en place d'une telle étude, les devis méthodologiques de type quasi expérimental deviennent souvent la solution de rechange à l'assignation aléatoire. En réunissant des informations sur un groupe d'individus non traités, que personne ni eux-mêmes n'ont demandé qu'ils soient traités, un groupe contrôle est créé (Hollin, 2006). Selon leurs caractéristiques, ces individus sont appariés au groupe traité afin de permettre la comparaison et de vérifier l'efficacité du traitement. Cependant, malgré la qualité de l'appariement, il est pratiquement impossible d'en arriver à une équivalence parfaite entre les sujets des deux groupes. Ainsi, vu les différences qui pourraient distinguer les deux groupes, il est difficile de conclure à l'efficacité du traitement (Seto et coll., 2008; Quinsey, Harris, Rice et Lalumière, 1993). En effet, toute différence observée pourra être associée à un problème d'appariement entre les groupes plutôt qu'à l'effet positif du traitement.

Une étude s'avère incontournable dans le domaine de l'efficacité des traitements en délinquance sexuelle, soit la première ayant utilisé un devis de recherche expérimentale. L'étude conduite par Marques, Day, Nelson et West (1994), le *Sex Offender Treatment and Evaluation Program* (SOTEP), a proposé aux délinquants sexuels des interventions de type cognitivo-comportemental, selon le modèle de la prévention de la récidive. Sur une période de 10 ans, 704 délinquants sexuels ont donc été suivis : 259 volontaires assignés au programme de traitement, 225 volontaires assignés au groupe contrôle non traité et 220 individus non volontaires ayant refusé de prendre part au traitement (Marques, Wiederanders, Day, Nelson et Ommeren, 2005). Alors que les résultats initiaux de cette étude étaient prometteurs (Marques, Day, Nelson et West, 1994), les résultats finaux ont révélé qu'aucune différence significative n'a été observée quant aux taux de récidive entre les trois groupes étudiés : 22 % chez les sujets traités, 20 % chez les volontaires non traités et 19 % chez les non-volontaires (Marques, Wiederanders, Day, Nelson et Ommeren,



2005). Malgré l'ensemble des critiques concernant sa méthodologie, il n'en demeure pas moins que le SOTEP est, jusqu'à maintenant, une des seules études à avoir utilisé une méthodologie dite rigoureuse et à avoir porté sur un programme de traitement jugé pertinent dans le domaine (Hanson, Bourgon, Helmus et Hodgson, 2009).

L'assignation aléatoire a largement été critiquée à la suite de cette première utilisation avec des agresseurs sexuels en 1994. De manière générale, Marshall et Marshall (2007) ont reproché à cette méthodologie son manque de flexibilité, en raison de l'utilisation de manuels d'implantation des programmes. En effet, ces manuels, qu'ils décrivent comme des « *one size fits all* », peuvent entrer en contradiction avec les principes prônés par l'approche cognitivo-comportementale. En effet, l'assignation aléatoire ne serait pas souhaitable dans l'évaluation d'interventions complexes telles que celles proposées dans le cadre de traitements cognitivo-comportementaux. Son utilisation pourrait éliminer l'effet de composantes thérapeutiques importantes, soit celles reliées au principe de la réceptivité. De plus, des variables importantes, propres à chacun des délinquants, telles que les facteurs de risque dynamiques, ne sont pas prises en compte par cette méthodologie. Pour Marshall et Marshall (2007), ces éléments représentent des influences cachées qui auront nécessairement des impacts sur les résultats de l'évaluation du traitement. De plus, ils soulignent que la mise en place de cette méthodologie requiert un très grand nombre de volontaires afin de pouvoir affirmer avec confiance que les groupes contrôle et les groupes traités sont similaires. Vu la réalité des centres de traitement, où le nombre de délinquants à traiter est limité, ce niveau de confiance est difficilement atteignable. Finalement, des problèmes d'ordre éthique sont aussi au cœur de ce débat. Ils soulignent notamment l'enjeu important de la durée des suivis. En effet, les délinquants assignés au groupe non traité ne pourront recevoir de traitement avant plusieurs années, vu la longue période de suivi requise par les études sur la récidive. Ainsi, des délinquants non traités, mais souhaitant l'être, se retrouveront inévitablement dans la collectivité sans avoir bénéficié d'un traitement. De ce fait, des agressions pourraient être commises alors qu'un traitement aurait pu les éviter.

À l'exception de Furby et ses collaborateurs (1989), qui ont évalué d'anciennes études portant sur des programmes de traitement non structurés, l'ensemble des méta-analyses publiées jusqu'à ce jour avance que les traitements en matière de délinquance sexuelle sont

efficaces et que ceux de type cognitivo-comportemental entraînent des résultats supérieurs. Dans les années 1990, trois méta-analyses ont présenté des résultats positifs quant à l'efficacité des traitements chez les délinquants sexuels, en accordant une longueur d'avance aux traitements de type cognitivo-comportemental (Hall, 1995; Alexander, 1999; Gallagher, Wilson, Hirschfield, Coggeshall et Mackenzie, 1999).

En 2002, Hanson et ses collaborateurs ont mené une méta-analyse démontrant que les taux de récidive sexuelle étaient plus faibles chez les sujets traités (12,3 %), comparativement aux groupes contrôle (16,8 %). En considérant seulement les 20 études ciblées comme étant de meilleure qualité, les taux de récidive sexuelle se sont avérés significativement plus faibles dans les groupes traités, soit 9,9 %, tandis qu'ils étaient de 17,6 % pour les groupes contrôle. Ainsi, les traitements courants (de type cognitivo-comportemental et systémique) ont été associés à la réduction de la récidive sexuelle, alors que les programmes plus anciens (avant les années 1980), de type non structuré, ont démontré très peu d'effets.

En 2005, Lösel et Schmucker ont présenté les résultats de leur méta-analyse. Il est apparu que les taux de récidive étaient plus bas chez les délinquants sexuels traités (11,1 %), comparativement aux groupes contrôle (17,5 %). Les traitements de type cognitivo-comportemental sont ressortis comme étant supérieurs aux autres traitements psychologiques, alors que le traitement hormonal est aussi apparu prometteur.

En 2008, Kenworthy, Adams, Bilby, Brooks-Gordon et Fenton (Cochrane Collaboration) ont présenté les résultats d'une méta-analyse englobant neuf études répondant à des critères méthodologiques élevés (devis expérimentaux). Ils ont obtenu des résultats positifs, mais tout de même limités, quant à l'intervention cognitivo-comportementale. En effet, ce modèle s'est avéré efficace dans la diminution de la récidive sexuelle sur une période de suivi de 1 an, comparativement aux traitements de type psychodynamique pour lesquels les taux de récidive sexuelle ont augmenté sur une période de suivi de 10 ans.

Finalement, une dernière méta-analyse (Hanson, Bourgon, Helmus et Hogson, 2009) a proposé des résultats semblables à ceux présentés par Hanson et coll. (2002) ainsi que par Lösel et Schmucker (2005). Il est aussi apparu que l'intégration des principes du risque-besoin-réceptivité au traitement chez les délinquants sexuels était associée à une réduction des taux de récidive sexuelle et générale dans cette population.

## **1.2 Caractéristiques importantes des traitements efficaces**

La modalité de groupe est celle qui est privilégiée dans le traitement auprès des délinquants sexuels, ce qui permet notamment de traiter un maximum d'individus en moins de temps (Kirsch et Becker, 2005; Marshall et Williams, 2001; Marshall, Anderson et Fernandez, 1999). Malgré le manque d'unanimité quant à l'efficacité de cette modalité d'intervention (Mann et Fernandez, 2006; Marshall et Williams, 2001), elle est tout de même utilisée dans 86 % des traitements cognitivo-comportementaux (Mann et Fernandez, 2006). Au Service correctionnel du Canada (SCC), il est reconnu que la thérapie de groupe, jumelée à une approche de type cognitivo-comportemental, basée sur les principes du risque-besoin-réceptivité, est le mode de traitement le plus efficace dans le cas des délinquants sexuels (Hanson, Bourgon, Helmus et Hodgson, 2009; Marshall et Williams, 2001).

### **1.2.1 Niveau de risque**

Selon le principe du risque, les traitements de forte intensité doivent être réservés aux délinquants sexuels présentant un risque de récidive élevé, alors que des services de faible intensité peuvent être offerts aux délinquants ayant un risque considéré comme faible (Marshall et William, 2001; Hanson, Bourgon, Helmus et Hodgson, 2009). Il est de plus important de procéder à la réévaluation du niveau de risque en cours et en fin de traitement afin de vérifier si d'autres besoins en matière de traitement demeurent à combler (Williams et coll., 1996).

### **1.2.2 Les facteurs de réceptivité**

Comme mentionné précédemment, la réceptivité correspond à la présence ou non de caractéristiques chez le délinquant qui peuvent avoir une influence sur sa capacité à bénéficier des interventions effectuées en cours de traitement. Ce principe concerne les types de services qui sont offerts au délinquant, mais aussi la manière dont ils sont fournis, soit des modalités et des stratégies d'intervention qui conviendront à ses aptitudes, à son niveau de motivation, à son mode d'apprentissage et à ses caractéristiques personnelles (Andrews, 2001; Marshall et Williams, 2001). Il est possible de spécifier deux types de réceptivité (Looman, Dickie et Abracen, 2005).

La réceptivité externe réfère à toutes composantes extérieures au délinquant, qui ont un effet sur les bienfaits qu'il peut retirer de l'intervention. Par exemple, les caractéristiques et la façon d'intervenir d'un professionnel ont des répercussions sur l'impact du traitement sur le délinquant sexuel. L'intervenant empathique, directif, respectueux, structuré, axé sur les solutions, honnête, ferme et qui livre un contenu de qualité, tout en utilisant des méthodes d'intervention de qualité, favorisera la réceptivité de son client par rapport au traitement (Marshall et Williams, 2001; Mann et Fernandez, 2006; Looman, Dickie et Abracen, 2005). De plus, des facteurs contextuels peuvent aussi avoir un impact sur la réceptivité au traitement. Ainsi, autant pour les délinquants en général que pour les délinquants sexuels, les traitements offerts dans la collectivité apparaissent supérieurs à ceux qui sont donnés en établissement (Hall, 1995; Lösel et Schmucker, 2005; Looman, Dickie et Abracen, 2005; Ward, Day, Howells et Birgden, 2003). C'est pourquoi le SCC fournit aux délinquants sexuels des interventions qui débutent en milieu carcéral, selon le niveau d'intensité déterminé, et qui se poursuivent dans la collectivité, sous forme d'interventions d'appoint afin de maintenir les acquis lors de la réinsertion sociale et de favoriser la généralisation des acquis (Marshall et Williams, 2001).

La réceptivité interne englobe l'ensemble des caractéristiques du délinquant sexuel et ses aptitudes à bénéficier du traitement (Looman, Dickie et Abracen, 2005). Ainsi, il importe de tenir compte du degré de motivation du sujet, du déni ou de la minimisation qu'il présente, de ses caractéristiques socio-démographiques (âge, état civil, etc.) et de ses prédispositions cognitives et psychopathologiques, telles qu'un fonctionnement intellectuel limité, un trouble de personnalité, la présence de psychopathie, des antécédents de santé mentale, l'abus de substances psycho-actives et des préférences sexuelles déviantes (Looman, Dickie et Abracen, 2005).

#### *Abandon du traitement*

Certains éléments relatifs à la réceptivité peuvent influencer sur le déroulement du traitement chez les agresseurs sexuels. En effet, différentes caractéristiques, autant socio-démographiques, développementales, judiciaires, criminologiques que psychologiques, peuvent expliquer la fin prématurée du traitement dans cette population. Par ailleurs, l'arrêt d'un traitement en cours est, en soit, un prédicteur robuste et significatif de la récidive

sexuelle (Proulx, Brien, Ciampi et Allaire, 2004; Hanson et Bussière, 1998; Marques, Day, Nelson et West, 1994). Une étude menée en 2004, par Proulx et coll. a étudié la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels en fonction du modèle de Moos, Finney et Cronkite (1990). Ce dernier tient compte des caractéristiques personnelles des individus, de celles de son environnement (travail et famille) et de celles du traitement (type, durée, alliance thérapeutique et motivation du client). Ainsi, il est apparu que les délinquants sexuels n'ayant pas complété leur traitement, en comparaison avec ceux l'ayant complété, ont une plus faible estime d'eux-mêmes, présentent davantage de caractéristiques de la personnalité antisociale, vivent dans un milieu familial plus conflictuel, utilisent plus fréquemment la distraction comme stratégie d'adaptation face à un stress et ont une faible alliance thérapeutique avec les professionnels.

Lussier et Proulx (1998) se sont aussi penchés sur la fin prématurée du traitement chez les délinquants sexuels. Ils souhaitent vérifier si la personnalité et la présence d'intérêts sexuels déviants sont en lien avec la fin anticipée du traitement dans deux sous-groupes de délinquants sexuels, soit les agresseurs de femmes et les agresseurs d'enfants extra-familiaux. Ainsi, à l'aide du *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-I) et de l'évaluation phallométrique, on a mesuré le fonctionnement psychologique, la personnalité ainsi que l'intérêt sexuel déviant d'agresseurs sexuels incarcérés. Alors que le MCMI-I et l'évaluation phallométrique ne ressortent pas comme étant des prédicteurs de l'issue du traitement chez les agresseurs de femmes, il semble toutefois qu'ils permettent de prédire l'issue du traitement pour le sous-groupe des agresseurs d'enfants. Sur le plan des variables psychométriques, trois profils d'agresseurs d'enfants ont été dressés et mis en lien avec la fin prématurée du traitement en délinquance sexuelle. Le profil « séducteur » est composé d'agresseurs qui présentent des traits de la personnalité dépendante et qui cherchent à plaire à autrui. Il semble que ces délinquants sexuels complètent davantage leur traitement que ceux des profils « instable » et « retiré ». Les individus se classant parmi le profil « instable » présentent des résultats significatifs aux échelles schizoïde, évitant, dépendant, passif-agressif, d'anxiété, dysthymie et abus d'alcool. Sur le plan interpersonnel, ils entretiennent avec autrui des relations alternant entre la dépendance et l'autonomie. Les agresseurs sexuels répondant à ces critères présentent les plus hauts taux d'arrêt de traitement de la part des thérapeutes, contrairement au profil « retiré », chez qui l'on constate le plus haut taux d'abandon des traitements. En effet, les individus composant ce

dernier profil obtiennent des scores significatifs aux échelles schizoïde, évitant, dépendant, schizotypique, anxiété, et dysthymie. Ils sont anxieux, solitaires et peu intéressés aux relations sociales. Ainsi, il semble que les agresseurs qui abandonnent en cours de traitement sont ceux qui ont le moins d'habiletés sociales, alors que ceux pour lesquels les thérapeutes ont interrompu le traitement semblent être plus irritables et impulsifs. Finalement, Proulx et Lussier (1998) ont démontré une relation entre la fin prématurée du traitement et l'intérêt pédophilique des sujets étudiés. En effet, il est apparu que les individus qui ont abandonné le traitement ont obtenu des résultats plus élevés lors de l'évaluation phallométrique aux stimuli d'agression physique non sexuelle sur une fillette. Ainsi, les agresseurs d'enfants présentant des intérêts sexuels déviants semblent moins disposés à abandonner le plaisir que leur procure la pédophilie, ce qui pourrait expliquer pourquoi ils ont les plus hauts taux d'abandon en cours de traitement.

#### *Apprentissages en traitement*

Les facteurs relatifs à la réceptivité peuvent avoir un impact sur les apprentissages acquis en traitement et sur la généralisation de ceux-ci par la suite. Nicole, McKibben et Guay (2005) ont réalisé une étude en utilisant le questionnaire informatisé autorévélateur *Auto-gestion des émotions et des fantasmes* (AGEF), qui a été rempli par 51 délinquants sexuels ayant suivi le programme de traitement de l'Institut Philippe-Pinel de Montréal (IPPM). Ceci a permis l'étude des stratégies adaptatives apprises en traitement (gestion des humeurs négatives, des conflits et des fantasmes sexuelles déviantes) ainsi que l'efficacité de celles-ci. Un pourcentage plus élevé de fantasmes sexuelles déviantes a été rapporté par les sujets lorsqu'ils devaient faire face à des situations problématiques (conflits ou émotions négatives) et qu'ils n'avaient pris aucune initiative pour les gérer. Ainsi, il est apparu que lorsque la gestion des premiers éléments du cycle d'offense est omise, les délinquants se rendent souvent jusqu'à l'actualisation masturbatoire de leur cycle afin de diminuer la tension vécue.

Selon les résultats d'une étude de McKibben, Proulx et Lussier (2001), le manque de volonté et l'anticipation de l'échec expliqueraient pourquoi les agresseurs sexuels d'enfants n'utiliseraient pas les stratégies de gestion des fantasmes sexuelles déviantes apprises en traitement. Chez les agresseurs de femmes, il s'agirait plutôt d'un manque de volonté et de perturbations émotionnelles qui en empêcheraient l'utilisation. Ces auteurs ont également

conclu que l'anticipation de l'échec et les perturbations émotionnelles qui font obstacle à l'utilisation des stratégies d'adaptation apprises en traitement, lorsqu'ils vivent des conflits de nature interpersonnelle. Les mêmes raisons, en plus du manque de volonté et de l'ignorance des stratégies à appliquer, ressortent pour expliquer le non-recours aux stratégies apprises afin de faire face aux émotions négatives vécues. Finalement, ce sont les difficultés émotionnelles qui expliqueraient le plus souvent l'inefficacité des stratégies tentées.

L'inutilisation de ces stratégies, lorsque justifiée par l'ignorance des stratégies à appliquer, pourrait s'expliquer par la façon dont les programmes sont conçus. En effet, dans le cadre des traitements, les délinquants sont amenés à acquérir des habiletés afin de gérer des situations problématiques particulières qui génèrent des émotions négatives. Ainsi, c'est plutôt l'acquisition d'habiletés visant une gestion efficace des émotions vécues qui devrait être visée (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). En effet, il est irréaliste de croire que l'ensemble des situations problématiques pouvant être vécues par les délinquants puissent être abordées dans le cadre d'un traitement. Cependant, à la suite d'un traitement, peu importe la situation vécue, le délinquant devrait pouvoir être en mesure de gérer les émotions négatives qu'elle a générées.

Afin de faire face à ces situations problématiques et d'y répondre de façon adaptée et efficace, les stratégies comportementales, telles que l'acquisition d'habiletés sociales et la résolution de conflits, ressortent comme étant les plus efficaces à long terme. En effet, ces stratégies, bien que plus exigeantes et difficiles à acquérir, donnent des résultats plus prometteurs que les stratégies cognitives (restructuration cognitive et diversion). Il apparaît toutefois que les délinquants sexuels utilisent davantage ces dernières dans la gestion de leurs situations à risque (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Ainsi, les auteurs suggèrent que la motivation des délinquants sexuels par rapport à l'importance de gérer efficacement leurs situations à risque devrait être abordée avant le début du traitement. De plus, ils suggèrent que la durée du traitement soit adaptée afin de maximiser l'apprentissage et la généralisation des acquis dans diverses situations à risque, afin que les stratégies d'adaptation apprises se manifestent automatiquement (McKibben, Proulx et Lussier, 2001).

Selon McKibben et Guay (2002), la généralisation des acquis en cours de traitement et lors du retour dans la collectivité peut se faire à trois niveaux, selon les capacités et les prédispositions présentées par le délinquant. Au premier niveau, le sujet applique les stratégies apprises pour faire face à des problèmes ponctuels, sans toutefois généraliser ce savoir à l'ensemble des sphères de sa vie. Au deuxième niveau, le délinquant est en mesure de faire appel aux stratégies apprises pour s'attaquer à un problème persistant, qu'il reconnaisse avoir eu au cours de sa vie. À ce stade, l'individu n'applique plus seulement les stratégies apprises à des situations précises et préalablement ciblées; il arrive à reconnaître ses difficultés dans différents contextes et à tenter l'application des stratégies apprises. Il est possible de croire qu'à ce stade, le délinquant apportera des modifications à son comportement à moyen terme. Finalement, la généralisation à un troisième niveau se produit lorsque le délinquant peut non seulement appliquer les stratégies apprises à l'ensemble de sa vie, mais aussi établir des liens entre certains de ses comportements au quotidien et le délit qui lui est reproché. Les apprentissages faits dépassent le niveau cognitif et atteignent l'ensemble des sphères de vie (affective, comportementale, sociale, etc.) de l'agresseur. Il reconnaît sa dynamique personnelle et comprend la signification de son délit. Bref, le délinquant présente une responsabilisation pleine et entière de ses choix et comportements.

### 1.2.3 Besoins criminogènes

Différentes méta-analyses récentes et projets de grande envergure (Hanson et Morton-Bourgon, 2004; Hanson et Harris, 2000; Hanson et Bussière, 1998) ont permis l'élaboration de programmes de traitement basés sur des facteurs de risque dynamiques fiables. Hanson et Harris (2000), après avoir comparé des groupes de récidivistes et de non-récidivistes sexuels lors de leur suivi dans la collectivité, ont aussi déterminé des facteurs de risque dynamiques reliés à la récidive sexuelle, soit le faible soutien social, les attitudes tolérantes par rapport à l'agression sexuelle, le mode de vie antisocial, les difficultés d'autorégulation ainsi que le peu de coopération pendant la supervision. Ces facteurs, dont la majorité a été confirmée en 2004 par Hanson et Morton-Bourgon, sont donc particulièrement à surveiller lors du retour dans la collectivité.



Une méta-analyse réalisée par Hanson et Morton-Bourgon (2004) a mis en lumière les principaux facteurs de risque dynamiques à aborder dans le cadre de traitements efficaces pour délinquants sexuels. Ce sont les distorsions cognitives, le manque d'autorégulation sexuelle et générale, les fantasmes et comportements sexuels déviants, les déficits sur le plan de l'intimité, la gestion inefficace des émotions, le fonctionnement interpersonnel et social problématique et les orientations antisociales (traits antisociaux, problèmes généraux de maîtrise de soi, mode de vie instable, impulsivité, hostilité, instabilité de l'emploi, toxicomanie et manque de coopération dans le cadre de la surveillance).

### **1.3 Retour dans la collectivité : favoriser la réussite de la réinsertion sociale des délinquants**

Peu de recherches ont porté spécifiquement sur les aspects du retour des délinquants dans la collectivité. Comme le souligne Maruna (2001), un manque de recherche se fait sentir à ce sujet, puisque peu d'études ont examiné les programmes de réinsertion sociale qui aident les délinquants sur les plans matériel, de l'employabilité, etc. Dans une étude portant sur le processus d'abandon de la criminalité, Maruna (2001) met en lumière certaines caractéristiques essentielles à la réinsertion sociale et qui distinguent les délinquants qui réussissent à s'affranchir du milieu criminel de ceux qui y échouent. Les deux groupes comparés (délinquants réhabilités et délinquants impliqués dans le milieu criminel) ont présenté les mêmes prédispositions et facteurs de risque par rapport à la délinquance, soit un historique d'abus pendant l'enfance, l'implication dans des activités criminelles pendant l'adolescence, une faible scolarité, le peu d'opportunités d'emploi, la pauvreté ou une situation économique instable, une dépendance aux substances intoxicantes ou l'abus de celles-ci, les orientations antisociales, une stigmatisation due à des sanctions légales et sociales et finalement, l'engagement dans des comportements criminels. Les différences majeures entre ces deux groupes ont plutôt relevé de la motivation des sujets, des projets personnels élaborés et de la conception que les délinquants se font de leur avenir. Ainsi, il semble que ce ne soit pas les caractéristiques personnelles de l'individu qui influent sur l'abandon de la criminalité, mais bien le stade auquel il se trouve dans son processus de changement.

Les sentiments omniprésents d'impuissance ainsi que de manque de contrôle et d'efficacité de certains délinquants seraient l'une des explications de leur maintien dans le milieu criminel. Malgré leur désir de changer et de s'affranchir du milieu criminel, certains délinquants ne sauraient pas comment y parvenir, leur perception étant qu'ils sont « condamnés » au crime, sans espoir de changement (Maruna, 2001). Par ailleurs, leurs buts et objectifs seraient plus ou moins réalistes et mal définis. Finalement, lorsqu'ils se montrent optimistes et réalistes à propos de leurs projets d'avenir, ils s'attribuent peu le mérite de leur réussite.

Selon Maruna (2001), la motivation, caractéristique essentielle pour amorcer un changement, n'est pas le seul aspect important lors du processus d'abandon de la criminalité. En effet, la motivation, aussi sincère soit-elle, ne suffira pas lorsque le délinquant devra faire face à plusieurs difficultés de la vie quotidienne. C'est à ce moment qu'un retour aux anciens « patterns » risque de se produire. Ainsi, la personne doit amorcer un changement au sens plus large, qui touche à son identité même. Elle doit avoir un ensemble de croyances au sujet de sa « vraie » personne, une perception optimiste de sa maîtrise de son propre avenir, le désir d'être productive et d'occuper un rôle positif au sein de la société. Le retour dans la collectivité devient donc un tournant dans ce cheminement. En effet, c'est à ce moment que la réapparition d'anciens comportements délinquants est le plus probable. Ainsi, certains facteurs doivent être pris en considération afin que ce retour soit réussi et que les taux de récidive diminuent (Wormith, Althouse, Simpson, Reitzel, Fagan et Morgan, 2007) :

- Avant leur libération, porter une attention particulière à l'état de santé mentale des délinquants connus pour leurs problèmes sur ce plan (Birmingham, Gray, Mason et Grubin, 2000; Gagliardi, Lovell, Peterson et Jemelka, 2004; Petersilia, 2003);
- Favoriser l'implantation de programmes correctionnels (et la participation à ceux-ci) qui touchent à l'éducation et au choix de carrière, dans le but d'augmenter les habiletés au travail des délinquants (Rakis, 2005; Saylor et Gaes, 1997);
- Appliquer un plan de sortie détaillé et clair lors de la libération et favoriser la création de liens avec la collectivité afin que des services puissent être mis en place immédiatement (Hammett, Roberts et Kennedy, 2001).

### 1.3.1 Les facteurs associés à la réussite du retour des délinquants sexuels dans la collectivité

La littérature sur la réinsertion sociale des délinquants sexuels pointe certains éléments comme étant essentiels à un retour réussi dans la collectivité, c'est-à-dire sans récidive (Taxman, Young et Byrne, 2002). En s'apparentant davantage à des besoins non-criminogènes, tels que définis par la littérature et présentés précédemment, ces facteurs semblent tout de même contribuer au bien-être des délinquants sexuels. Ainsi, sans influencer directement les taux de récidive comme le fait l'intervention portant sur les besoins criminogènes, la mise en place d'éléments favorisant un retour en collectivité réussi semble avoir un effet positif sur la réinsertion sociale des délinquants sexuels.

#### *Les besoins individuels*

La santé physique et la santé mentale, incluant les problèmes d'abus de substances, sont les premiers aspects à considérer chez les délinquants lors de leur libération. Ainsi, le risque d'un retour en détention augmente chez les délinquants dont on n'a pas veillé à répondre aux besoins physiques et mentaux (Willis et Grace, 2008). Par ailleurs, dans les cas d'agression sexuelle intrafamiliale notamment, les contacts avec la ou les victimes doivent être pris en charge et contrôlés par les professionnels entourant le délinquant. En effet, il s'agit d'un élément important, propre à chacun des agresseurs, pouvant avoir un impact sur la réussite ou non de la réinsertion sociale (Willis et Grace, 2008).

#### *Les besoins sociaux*

Selon la littérature sur la réinsertion, les solutions viables à la violence reposent sur le soutien social et dans la mise en place d'un environnement adéquat pour les délinquants sexuels (Stalans, 2004). En effet, il apparaît que les récidivistes sexuels ont plus d'influences négatives que positives de la part de leur entourage et que le manque de relations prosociales est en lien avec la récidive sexuelle (Willis et Grace, 2008; Hepburn et Griffin, 2004; Hanson et Harris, 2000). Ainsi, l'établissement de liens prosociaux avec l'entourage et l'implication du ou de la partenaire de vie et de la famille favorisent l'adaptation sociale des délinquants sexuels lors de leur probation et facilitent la généralisation des acquis dans la collectivité. Accorder une place à la famille et à l'entourage du délinquant, lorsque cela est possible, permet la création et le maintien d'un

réseau de soutien social positif, qui aideront le délinquant à éviter certaines situations à risque, sinon à composer avec elles (Williams et coll., 1996; Lussier et Proulx, 2001). Il est donc essentiel que ces personnes significatives connaissent le cycle d'agression en cause afin que le soutien offert soit approprié. L'implication du ou de la partenaire de vie du délinquant et/ou de ses parents devient donc un facteur de protection essentiel pour réduire les risques de récidive (Lussier et Proulx, 2001). En effet, en plus de le soutenir dans la gestion de ses situations à risque, les proches du délinquant lui fournissent un soutien général et de l'aide sur le plan des finances et du logement. Cependant, l'évaluation du réseau social du délinquant est primordiale afin de s'assurer que les sources de soutien ne seront pas négatives, en contribuant par exemple à la violence familiale ou à l'abus de substances. Il est finalement important de retrouver, dans le réseau du délinquant, des « systèmes » indépendants, ne se limitant pas seulement à la famille et au conjoint ou à la conjointe (Willis et Grace, 2008).

Ainsi, les initiatives proposées par les cercles de soutien et de responsabilité (CSR) soulignent l'importance pour le délinquant d'être soutenu lors de son retour dans la société. Les CSR visent les délinquants sexuels à risque élevé de récidive, maintenus en incarcération jusqu'à la fin de leur sentence et qui n'ont donc pas eu la possibilité de bénéficier de supervision lors de leur retour dans la collectivité. Ces détenus, sans appui ni ressources, qui n'ont pas accès à des traitements appropriés ou à une supervision adéquate lors de leur libération, sont les cas les plus problématiques, car ce sont souvent ceux qui sont considérés comme les plus susceptibles de récidiver. Donc, afin d'encadrer, d'entourer et d'appuyer ces délinquants lors de leur libération, un CSR peut être formé, ce qui assure également une forme de protection à la société. Entre quatre et six volontaires, formant un premier « cercle » autour du délinquant, encadrent l'individu afin qu'il adopte des conduites responsables et productives, tout en s'assurant que ses besoins sociaux et thérapeutiques sont comblés. Un deuxième « cercle », englobant celui formé par les bénévoles, représente un ensemble de professionnels présents pour former et soutenir les bénévoles dans leur travail quotidien auprès des délinquants. La collaboration et la communication entre ces deux cercles permettent d'augmenter et de maintenir la sécurité de la collectivité où le délinquant s'est installé (Wilson, McWhinnie, Picheca, Prinzo et Cortoni, 2007).

Des résultats très prometteurs ressortent de l'évaluation de l'efficacité des CSR (Wilson, Cortoni et McWhinnie, 2007). En effet, un échantillon de 47 délinquants sexuels, ayant eu recours aux CSR, a été comparé à un groupe témoin, soit 47 délinquants sexuels n'en ayant pas bénéficié. Les sujets des deux groupes ont été jumelés selon certaines variables, soit le degré de risque évalué à l'aide d'outils actuariels, la date de libération, l'endroit où la libération a eu lieu et l'implication antérieure dans un traitement. Une forte diminution de la récidive sexuelle a été notée pour les délinquants impliqués dans cette nouvelle initiative. En effet, un taux de récidive de 13 % était associé au groupe contrôle alors qu'il était de 2 % pour le groupe ayant bénéficié des CSR. Pour ce qui est des taux de récidive violente, une diminution notable a aussi été observée. En effet, le groupe contrôle a obtenu un taux de 32 % tandis qu'il était de 9 % chez les individus impliqués dans des CSR. Finalement, le taux de récidive générale était de 38 % pour le groupe contrôle, comparativement à 16 % pour les individus ayant eu recours aux CSR.

Le retour dans la collectivité du délinquant sexuel est, dans la très grande majorité des cas, assorti d'une probation ou d'une liberté conditionnelle. Ainsi, certains délinquants peuvent purger une portion de leur peine sous surveillance dans la collectivité, si on juge qu'il est peu probable qu'ils commettent de nouvelles infractions ou qu'ils enfreignent les règles à respecter jusqu'à l'expiration de leur mandat (SCC, 2009). Pendant cette période, la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) dicte certaines conditions précises à respecter, propres à chacun des délinquants, selon les besoins criminogènes ciblés. De cette façon, un soutien, un encadrement et une surveillance sont mis en place afin de faciliter la transition entre l'incarcération et la liberté totale du délinquant. Le délinquant sera donc appelé à se présenter régulièrement devant son agent de libération conditionnelle (ALC), qui a pour rôle de veiller au respect de ces conditions légales et de lui offrir son soutien dans sa réinsertion sociale (gouvernement du Canada, 2009).

Au fil du temps, il est toutefois apparu que la surveillance dans la collectivité régulière pouvait être inefficace pour certains agresseurs sexuels. Ainsi, la mise en place de programmes de probation spécialisée, conçus pour les délinquants sexuels, a permis l'élaboration de certaines lignes directrices visant une meilleure gestion de ces délinquants dans la collectivité (Stalans, 2004). Le but étant d'éviter la commission de nouveaux crimes sexuels, plusieurs acteurs sont appelés à s'impliquer auprès des délinquants (agent de

probation, policiers, thérapeutes...). Trois composantes sont nécessaires dans la mise en place de ce type de probation. Premièrement, la supervision accrue du délinquant implique que les contacts entre l'agent de surveillance et le sujet soient fréquents et que l'information fournie par ce dernier soit vérifiée régulièrement. Cela peut vouloir dire la fouille du lieu d'habitation et le fait de se soumettre au polygraphe. Deuxièmement, les communications entre les divers intervenants impliqués doivent être fréquentes et permettre l'échange d'informations pertinentes sur celui-ci (séances de thérapie manquées, comportements à risque, etc.). Troisièmement, afin de maximiser les chances de réussite de la réinsertion du délinquant, il importe que celle-ci ne repose pas sur un seul intervenant (Wormith, Althouse, Simpson, Reitzel, Fagan et Morgan, 2007; Wilson, McWhinnie, Picheca, Prinzo et Cortoni, 2007; Stalans, 2004; Lussier et Proulx, 2001). Finalement, l'implication dans un processus thérapeutique dont l'efficacité est reconnue, c'est-à-dire de type cognitivo-comportemental mettant l'accent sur la prévention de la récidive, s'avère essentielle afin de diminuer les risques de récidive sexuelle lors du retour dans la collectivité (Stalans, 2004).

Les sujets ayant bénéficié de la surveillance intensive spécialement conçue pour les délinquants sexuels ont présenté des taux de récidive sexuelle significativement inférieurs, soit de 1,4 % comparativement à 15,6 % chez les sujets placés sous surveillance régulière dans la collectivité (Stalans, 2004, Mcgrath, Hoke et Vojtisek, 1998). Les deux groupes comparés diffèrent principalement sur le type de traitements suivis lors du retour dans la collectivité et sur l'importance du partenariat entre les différents professionnels gravitant autour du délinquant. Ainsi, Mcgrath, Hoke et Vogtisek (1998) en viennent à la conclusion que les groupes de thérapie de type cognitivo-comportemental, jumelés avec une approche de type comportemental afin de réduire l'intérêt sexuel déviant lorsque cela est nécessaire, et un fort partenariat entre les thérapeutes et les agents de surveillance dans la collectivité s'avèrent des moyens efficaces pour contrôler les délinquants sexuels en période de surveillance dans la collectivité.

### *Le logement*

Le logement est reconnu comme un besoin crucial chez les délinquants sexuels, lors de leur retour dans la collectivité. Selon l'étude conduite par Willis et Grace (2008), lorsque le quotient intellectuel et le niveau de déviance sexuelle des délinquants sont contrôlés sur le plan statistique, un logement stable est le seul élément du plan de réinsertion sociale qui se

distingue significativement chez le groupe des non-récidivistes, en comparaison avec le groupe des récidivistes. Ainsi, l'instabilité quant au logement est fortement liée à la récidive sexuelle lors du retour dans la collectivité. La stabilité de l'environnement est donc un aspect important à considérer lors de la réinsertion sociale des agresseurs sexuels.

### *L'emploi*

L'employabilité est un élément central dans le succès du retour dans la collectivité, à ne pas négliger lors de l'élaboration du plan de réinsertion sociale. En effet, l'instabilité sur ce plan est un facteur de risque fortement associé à la récidive sexuelle (Willis et Grace, 2008). Le lien entre le travail et la réhabilitation des délinquants est établi dans la littérature entourant la réinsertion sociale (Maruna, 2001). Outre l'aspect financier, l'importance de cet élément peut en partie s'expliquer par le sens accordé au travail par le délinquant. En effet, le travail lui permet de se réaliser et de s'accomplir dans une activité valorisante. Cela contribue aussi à la restitution, c'est-à-dire au sentiment de se racheter symboliquement par rapport à la société. Dans le même ordre d'idées, le travail peut amener une forme de légitimité au délinquant, qui peut démontrer qu'il a maintenant un rôle positif au sein de la société. Finalement, l'emploi peut donner à l'individu l'impression d'être utile, ce qui aide à maintenir son processus de réhabilitation.

La manière dont le travail est proposé aux délinquants fait aussi une différence. En effet, lorsque le travail est imposé dans une perspective punitive plutôt que dans celui de la réinsertion sociale, l'effet n'est pas le même et est plutôt perçu de manière négative (Maruna, 2001). Le potentiel de réinsertion véhiculé par l'emploi se trouvera donc diminué, ce qui pourra ultimement avoir un impact sur la récidive du sujet (Willis et Grace, 2008).

Maruna (2001) souligne que les services dans la collectivité et le travail bénévole sont très efficaces lors du retour dans la société des délinquants. Cependant, cela prend souvent la forme de programmes de charité ou de groupes sans but lucratif, vu le nombre limité de ressources s'occupant de réinsertion sur le marché de l'emploi. Afin de soutenir les délinquants dans leur processus de changement lors de leur retour dans la collectivité, l'auteur souligne qu'un investissement massif dans les ressources visant la réinsertion sociale des délinquants est nécessaire, notamment sur le plan de l'emploi et du support social.

### *La continuité thérapeutique*

Un des besoins spécifiquement établis chez les délinquants sexuels lors de leur retour dans la société est celui de la continuité thérapeutique (Willis et Grace, 2008). Cet aspect fait appel au suivi effectué dans la collectivité et aux programmes de maintien des acquis, lorsqu'un traitement a préalablement été complété. Le suivi dans la collectivité augmente les probabilités de maintien des gains thérapeutique acquis pendant le traitement. Le suivi peut être instauré de manière à ce qu'il y ait une diminution progressive de l'encadrement thérapeutique, tout en proposant des rencontres afin de consolider et d'évaluer le maintien des acquis. De cette façon, dans la continuité des objectifs qui avaient été établis en traitement, le délinquant pourra garder en tête les éléments principaux à considérer afin d'éviter la récidive (Lussier et Proulx, 2001).

### *Le plan de réinsertion sociale*

Lors du retour dans la société, un plan de réinsertion sociale peu élaboré peut augmenter les probabilités de récidive chez les agresseurs sexuels. Cependant, aucune investigation systématique à ce sujet n'avait été conduite jusqu'à l'étude de Willis et Grace en 2008. Cette étude a comparé deux échantillons d'agresseurs sexuels d'enfants ayant participé à un même traitement en délinquance sexuelle lors de leur détention : 39 hommes ayant récidivé après leur libération et 42 hommes n'ayant pas récidivé après celle-ci. Un pairage a été effectué entre les deux groupes, au cours duquel on a contrôlé le risque de récidive établi sur la base de prédicteurs statiques et la période de temps pour laquelle les délinquants demeuraient à risque. Willis et Grace (2008) ont examiné si la qualité du plan de libération pouvait être considérée comme un facteur de risque de la récidive sexuelle, en évaluant six critères faisant partie de ces plans : le logement, le soutien social, la présence des facteurs de risque idiosyncratiques (situations à risque élevé), l'employabilité, la motivation du délinquant et l'intégration des principes du *Good lives model* (GLM) dans le plan de réinsertion sociale.

À l'exception des facteurs de risque idiosyncratiques, le groupe des non-récidivistes obtient des scores plus élevés à chacun des items du plan de réinsertion sociale évalués. Plus spécifiquement, les résultats quant au logement, à l'employabilité et aux besoins secondaires du GLM se sont avérés significativement supérieurs dans les cas de réussite. La qualité du plan de réinsertion sociale s'avère donc meilleure dans le groupe des non-



récidivistes, ce qui suggère qu'un plan de réinsertion sociale de piètre qualité peut être un facteur de risque de récidive sexuelle (Willis et Grace, 2008).

Willis et Grace (2008) ont également noté qu'il y a une corrélation négative entre les items contenus dans le plan de réinsertion sociale et certains facteurs de risque dynamiques déterminés chez les agresseurs sexuels (faible réseau social ou soutien social négatif, intérêts sexuels déviants, colère/hostilité, attitudes procriminelles et indice global de déviance sexuelle). L'indice global de déviance sexuelle s'est avéré négativement corrélé au soutien social offert au délinquant, l'employabilité et les besoins secondaires du GLM. Ces résultats indiquent donc que les délinquants sexuels présentant les plus grands besoins criminogènes ont les moins bons plans de réinsertion sociale, bien qu'ils soient le plus à risque de récidive. Cet aspect devrait donc être systématiquement pris en compte dans le traitement du délinquant, mais aussi dans la mise en place du plan de réinsertion sociale.

Par ailleurs, une nouvelle approche a fait son entrée dans le domaine du traitement des agresseurs sexuels depuis quelques années. En effet, le GLM propose la promotion des neuf besoins primaires de tout être humain, soit la vie, le savoir, l'épanouissement au travail et dans les loisirs, l'autonomie, l'équilibre émotionnel, les relations avec autrui, la spiritualité, le bonheur et la créativité. Chacun de ces besoins sont repris et formulés sous forme d'objectifs de traitement à atteindre, qui deviennent la base des interventions à effectuer. En ciblant des besoins essentiels à tout être humain, cette approche permet d'améliorer le bien-être psychologique des individus. De plus, elle permet d'augmenter leur motivation face au traitement, puisque les objectifs fixés rejoignent les préoccupations et les besoins propres à chacun. Des besoins secondaires, sous forme de buts d'approche, y sont aussi définis et prennent la forme de moyens concrets visant à combler les besoins primaires. Le GLM permet donc de fournir aux délinquants sexuels les connaissances et les habiletés pour satisfaire leurs besoins primaires à l'aide de besoins secondaires prosociaux, incompatibles avec les facteurs de risque dynamiques présentés (Ward et Brown, 2004; Whitehead, Ward et Collie, 2007). En effet, selon la logique du GLM, les facteurs de risque définis par les principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité, seraient des moyens inadéquats pris par les délinquants pour répondre à leurs besoins. Donc, en définissant bien les besoins primaires, et en y trouvant des réponses adaptées (besoins secondaires), les facteurs de risque ne se retrouveraient plus dans le quotidien des délinquants.

Ce modèle prend tout son sens lors du retour dans la collectivité des délinquants. En effet, les besoins des individus incarcérés sont essentiellement pris en charge par les systèmes correctionnels. Une fois libérés, il incombe de nouveau aux délinquants de répondre à leurs propres besoins. Ainsi, la mise en place des besoins secondaires, par des actions sur les plans de l'emploi et du logement par exemple, est essentielle pour que les gains thérapeutiques réalisés pendant l'incarcération soient maintenus lors du retour dans la collectivité (Ward, Day et Casey, 2006). En effet, les plans de réinsertion sociale qui incluent les principes du GLM tendent à augmenter la motivation des délinquants parce que les besoins ciblés sont le reflet de leurs priorités dans la vie (Ward, Day et Casey, 2006). Maruna (2001) cible également ces besoins comme étant incontournables dans le processus d'abandon de la criminalité.

L'étude menée par Willis et Grace (2008) a également permis de mettre en lumière l'impact que peut avoir le GLM dans l'intervention. En effet, les besoins secondaires du GLM sont statistiquement significatifs pour tous les types de récidive dans le groupe des non-récidivistes, en comparaison avec le groupe de récidivistes, lorsque la déviance et le quotient intellectuel présentés par l'individu sont contrôlés. Ainsi, intégrer ce modèle dans le plan de réinsertion sociale représente un facteur de protection contre toutes formes de récidive pour les délinquants sexuels. De plus, il semble que l'utilisation du GLM, jumelée à l'approche de la prévention de la récidive, se traduise par certains progrès chez des délinquants sexuels qualifiés « d'intraitables », en plus de faciliter la motivation et l'engagement de cette population dans le processus de changement (Lindsay, Ward, Morgan et Wilson, 2006). Toutefois, bien que cette approche propose une avenue intéressante dans le domaine des traitements en délinquance sexuelle, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'un modèle récent et peu validé jusqu'à maintenant.

De manière générale, il est apparu que plus d'importance devrait être accordée au plan de réinsertion sociale avant la libération, donc pendant le traitement en incarcération (Willis et Grace, 2008). En effet, il est apparu que le succès d'une telle démarche peut avoir le potentiel de diminuer le risque de récidive sexuelle. Finalement, un bon plan de réinsertion sociale devrait aussi prendre en considération le contexte environnemental dans lequel l'individu se retrouvera lors de son retour dans la collectivité. En effet, étant donné que certains facteurs de risque dynamiques aigus peuvent être déclenchés par des contextes

environnementaux particuliers, l'importance d'un bon plan de sortie tenant compte des différents éléments mentionnés précédemment est donc primordiale.

#### **1.4 Problématique**

Certaines caractéristiques propres aux délinquants sexuels, et au traitement leur étant offert, facilitent l'application des connaissances apprises en cours de thérapie ou y nuisent. En effet, il faut considérer certains facteurs relatifs à la réceptivité interne, soit la motivation, le degré de déni et de minimisation, certains facteurs socio-démographiques ainsi que les caractéristiques cognitives et psychopathologiques du délinquant. Par ailleurs, certaines composantes du traitement, par exemple les thèmes abordés et le type de stratégies enseignées, peuvent également avoir un rôle à jouer dans la généralisation des acquis après le traitement.

Cependant, la généralisation des acquis va au-delà des caractéristiques des délinquants et du traitement suivi. En effet, différents facteurs relatifs à la réinsertion sociale du délinquant sexuel doivent être pris en considération lors de son retour dans la collectivité, soit au moment où la véritable généralisation des acquis en traitement s'observe. Donc, de la même façon que le traitement fait partie intégrante du cheminement thérapeutique du délinquant sexuel, son suivi dans la collectivité l'est tout autant. Considérant l'impact de ces suivis dans la collectivité sur la probabilité de réussite de la réinsertion sociale d'un délinquant sexuel, le présent projet de stage a examiné cette question. Bref, en souhaitant déterminer les éléments favorisant la généralisation des acquis chez les délinquants sexuels adultes, les facteurs associés à un traitement réussi pouvant avoir des répercussions sur le retour en collectivité ont été mis de l'avant dans un premier temps. Par la suite, il s'est avéré pertinent d'explorer de quelle façon certains facteurs associés à la réinsertion sociale peuvent influencer sur le retour et la gestion dans la collectivité des délinquants.

## **CHAPITRE 2 : MILIEU DE STAGE**

### **2.1 Institut Philippe-Pinel de Montréal**

L'IPPM, fondé en 1970, est un hôpital psychiatrique à sécurité maximale, avec une expertise en psychiatrie légale permettant l'évaluation, le traitement et la gestion de patients qui présentent des risques de comportements violents. Étant considéré comme un établissement de troisième ligne, donc qui offre des services médicaux et sociaux surspécialisés, l'IPPM peut recevoir des patients de partout au Québec : du réseau de la santé, des hôpitaux psychiatriques et généraux, des centres de réadaptation, des milieux de détention, des centres jeunesse, des maisons de transition, etc. (Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2008).

Une fois admis, les patients sont transférés à l'une des unités offrant des soins et un traitement qui conviennent à leur condition. L'unité de soin D-2, créée en 1979, accueille des délinquants sexuels, provenant généralement de pénitenciers, afin de leur offrir un programme de traitement d'intensité élevée (Aubut, Proulx, Lamoureux et McKibben, 1998). Ce programme d'évaluation et de traitement s'inscrit dans la continuité des différents traitements offerts dans les pénitenciers du SCC, mais aussi du programme externe offert au Centre de psychiatrie légale de Montréal (CPLM).

Au SCC (2009), le programme national pour délinquants sexuels (PNDS) d'intensité faible ou modérée est offert dans différents pénitenciers, selon le niveau de risque présenté par le délinquant. Le PNDS d'intensité modérée n'est dispensé qu'aux détenus incarcérés, présentant un risque de récidive moyen et des besoins criminogènes allant de modérés à élevés. Il est offert dans les établissements Port-Cartier, Drummond et à La Macaza et comporte des séances de groupe à raison de 10 à 14 heures par semaine, pour un total de 200 à 224 heures. Le PNDS de faible intensité, quant à lui, est offert dans certains pénitenciers (Montée Saint-François) et dans la collectivité. Il propose des séances de groupe à raison de 3 à 5 heures par semaine, pour un total de 40 à 48 heures. Il vise précisément certains types de délinquants, soit ceux pour qui il s'agit d'une première infraction de nature sexuelle, ceux qui ne présentent pas ou peu d'excitation sexuelle déviante et ceux ayant commis un délit intrafamilial (inceste), etc.

Pour être admis à l'IPPM, plus particulièrement à l'unité D-2, le délinquant doit se reconnaître coupable du crime pour lequel il a été condamné. La décision quant à son admissibilité au traitement sera rendue à la suite d'une évaluation de certaines composantes à l'aide de la grille de déni et de minimisation. Généralement d'une durée de 12 mois, le programme de l'IPPM est divisé en quatre étapes, adaptées à l'individu et à ses besoins. La première étape du traitement consiste en une série d'évaluations (physique, psychologique, psychiatrique, criminologique, sociale et comportementale) et en l'observation des comportements de la personne à l'unité de traitement pour une période de quatre à six semaines. Par la suite, en présence du sujet, une discussion de cas a lieu, où l'équipe traitante détermine si le patient est accepté dans le programme. S'il y est admis, la discussion de cas permet également la détermination de ses premiers objectifs thérapeutiques.

#### 2.1.1 Description du programme de traitement

Dans une première étape, le délinquant admis peut se joindre à certains groupes, ceux qui sont considérés comme les moins intrusifs (groupe d'intégration et d'éducation sexuelle par exemple), afin de faciliter son intégration dans le processus thérapeutique. Sa participation progressive à d'autres modalités se fera selon les objectifs de traitement qui lui sont propres, ce qui constituera la deuxième étape. De plus, certains délinquants sont aussi appelés à remplir un rapport d'activité fantasmatique (RAF), de manière quasi quotidienne pendant environ deux mois, afin de les sensibiliser à la présence de leurs fantaisies sexuelles et des contextes de leur apparition.

Par la suite, le patient entre dans la phase intensive du traitement, la troisième. Il est appelé à participer à toutes les séances de groupe pertinentes, en lien avec ses objectifs individualisés, par exemple la gestion de la colère, les habiletés sociales, la prévention de la récidive, etc. Certains patients doivent également poursuivre le travail amorcé dans la phase précédente, à l'aide de l'Autogestion des émotions et des fantaisies (AGEF). Cet autre outil informatisé permet d'établir des liens entre les émotions négatives vécues, les situations conflictuelles et l'apparition de fantaisies sexuelles déviantes, mais aussi d'évaluer les stratégies mises en place pour les gérer de même que leur efficacité.

Finalement, la quatrième étape vise l'intégration et la consolidation des apprentissages. La vérification de cette intégration se fait par l'observation du fonctionnement du patient au quotidien, une fois qu'il a participé à l'ensemble des modalités thérapeutiques. À ce stade, il est important de sensibiliser le patient à la réalité à laquelle il sera confronté lors de son retour dans la collectivité. Bien que l'on favorise l'implication des personnes significatives pour le patient dans son processus thérapeutique dès son arrivée à l'IPPM, la mobilisation de celles-ci est essentielle lorsque le séjour du patient est sur le point de se terminer. Il importe que le réseau du délinquant soit impliqué et informé, dans la mesure du possible, des comportements et des facteurs de risque pouvant mener à une récidive. L'importance de ce rôle dans la réinsertion sociale du délinquant doit donc être renforcée.

L'unité de soins étant un milieu de vie, l'approche de la milieuthérapie permet la pratique des habiletés et des connaissances apprises. Elle permet également de vérifier, à travers les activités de la vie quotidienne (règlements, sports, tâches et responsabilités, etc.), si les patients utilisent leurs acquis et de quelles façons ils le font. L'unité de traitement devient donc un endroit où le personnel clinique peut suivre l'évolution des patients et observer la généralisation de leurs acquis. Bref, leur présence à l'unité de vie leur permet de faire face à des situations se rapprochant de ce qu'ils auront à vivre lors de leur retour dans la collectivité.

Cette approche thérapeutique est possible vu la présence continue d'une équipe de base, composée d'éducateurs spécialisés et d'infirmières. Leur principale tâche est d'accompagner les patients et de les observer afin d'évaluer comment ils utilisent les habiletés apprises au cours de leur séjour à l'unité de traitement. Vient ensuite l'équipe des professionnels, composée d'un psychiatre, d'un psychologue et de criminologues, qui s'occupent des différentes formes d'évaluations et d'activités thérapeutiques.

### 2.1.2 Le rôle du criminologue

Plus spécifiquement, le criminologue est appelé à procéder à l'évaluation criminologique des délinquants, à animer un groupe thérapeutique portant sur la prévention de la récidive, à faire le suivi individuel des participants et à assurer le suivi sexologique de ceux-ci. Il établit également les contacts avec d'autres professionnels et intervenants impliqués auprès

du délinquant (ALC, avocat, maison de transition, etc.) et participe à la conception et à la mise en place du plan de réinsertion sociale de certains patients. Il est de plus appelé à rencontrer la famille, le conjoint ou la conjointe ou toute autre personne significative pour le délinquant pouvant contribuer à son évaluation, à son traitement en institution ou à sa réinsertion sociale (Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2008).

## **2.2 Le Centre de psychiatrie légale de Montréal**

Depuis 1985, le CPLM offre une multitude de services aux délinquants sexuels adultes provenant de différents milieux (communauté, réseau de la santé, service correctionnel québécois, SCC, etc.). Ainsi, ils peuvent bénéficier de services d'évaluation, de consultation, de traitement et de suivi de la part des différents professionnels œuvrant au CPLM. Afin d'y être admissible, l'individu doit reconnaître avoir eu des gestes sexuels déviants ou bien entretenir des fantasmes sexuelles déviantes. Il doit également avoir obligatoirement plaidé coupable et avoir été reconnu coupable du crime sexuel si des procédures judiciaires sont en cours (Centre de psychiatrie légale, 2006). Un suivi thérapeutique au CPLM est également prévu pour les détenus fédéraux, qui doivent toutefois avoir initialement complété le programme interne à l'IPPM. Pour certains d'entre eux, le suivi au CPLM fera partie de leurs conditions de libération, plus particulièrement pour les multirécidivistes, les meurtriers sexuels, ceux pour qui le traitement est considéré comme un échec et ceux qui ont un important problème de santé mentale (Nicole, 2008).

## **2.3 Enjeux éthiques et déontologiques**

L'IPPM prévoit un code d'éthique pour l'ensemble des professionnels, des employés et des patients lorsqu'ils se trouvent à l'Institut. De cette façon, la pratique professionnelle de l'ensemble des employés est encadrée afin d'assurer le respect des droits des patients (Institut Philippe-Pinel de Montréal, 2006). Les employés de l'IPPM ont le devoir de traiter les patients avec respect, dignité, équité et empathie, sans discrimination à l'égard de leurs croyances, de leur sexe, de leur origine ethnique, de leur race, de leur âge, de leur statut social et de la problématique justifiant leur présence à l'IPPM. Les professionnels doivent mettre en œuvre toutes les ressources disponibles pour accorder à chaque patient des soins et des traitements optimaux. Le patient ou son représentant doit donc recevoir toutes les

informations pertinentes qui lui permettront de prendre les décisions concernant son traitement et les soins dispensés. Le personnel a donc le devoir d'impliquer le sujet dans toutes les étapes de son traitement. Par conséquent, le patient est amené à participer aux discussions cliniques par exemple, et doit avoir accès aux rapports et bilans écrits à son sujet. Par ailleurs, le traitement spécifiquement offert à l'unité D-2 est suivi sur une base volontaire. Ainsi, il n'est en aucun cas imposé au délinquant qui peut, à tout moment, décider d'y mettre fin et de retourner à son pénitencier d'origine.

Vu le contexte législatif de la majorité des patients de l'IPPM, les professionnels ont aussi le devoir de s'assurer du respect des dispositions législatives et réglementaires entourant le statut légal de tout patient. La majorité des patients de l'Institut sont sous mandat de garde ou purgent une peine d'emprisonnement. Plus spécifiquement, le SCC dispose d'une entente contractuelle avec l'IPPM pour le traitement d'une moyenne annuelle de 12 délinquants ayant une problématique sexuelle (unité D-2). Ainsi, les détenus séjournant au D-2 sont soumis à des règles dictées par le SCC. Les appels, les visiteurs et les sorties doivent donc être autorisés par le SCC. Par ailleurs, l'IPPM étant un milieu à sécurité maximale, un contrôle strict est également exercé en rapport avec les effets personnels pouvant être apportés à l'unité de traitement. Les individus ont également à se soumettre à un horaire de vie établi et à une surveillance constante.

De plus, tout employé doit respecter la confidentialité des renseignements personnels des patients. Lorsque la divulgation d'informations est nécessaire, elle est faite avec le souci d'en protéger le caractère confidentiel. Cependant, vu la spécificité du traitement offert à l'IPPM, la confidentialité à laquelle est strictement soumis le personnel peut parfois être relevée. En effet, dès le début de son traitement, le patient est informé que la confidentialité est non seulement élargie à l'équipe de traitement, mais aussi à la direction de l'hôpital ainsi qu'au SCC. Ceci permet donc la communication aux autorités compétentes d'informations relatives aux patients (p. ex. à la Commission nationale des libérations conditionnelles). De plus, le personnel est relevé de son obligation de confidentialité si la sécurité ou le développement d'un enfant sont compromis (Loi sur la protection de la jeunesse), si le client commet ou dévoile des gestes plus graves que ceux ayant entraîné la consultation ou si le client a un comportement et/ou présente un risque évident de récidive.



## **CHAPITRE 3 : DESCRIPTION ET JUSTIFICATION DES ACTIVITÉS RÉALISÉES PENDANT LE STAGE**

L'élaboration du présent projet de stage s'est établie selon deux axes distincts mais complémentaires, afin de déterminer les objectifs à atteindre lors de notre présence à l'IPPM et au CPLM. D'abord, notre projet de stage allait nous permettre d'approfondir nos connaissances et de perfectionner nos habiletés sur le plan clinique en intervenant auprès d'une clientèle particulière, soit les délinquants sexuels adultes. Par ailleurs, en souhaitant parfaire nos connaissances sur la généralisation des acquis faits en traitement par les délinquants sexuels adultes, la détermination d'objectifs d'étude s'est révélée nécessaire.

### **3.1 Objectifs cliniques**

Sur le plan clinique, nous avons défini nos objectifs sur trois plans distincts, soit notre connaissance du milieu, nos habiletés professionnelles et notre développement personnel et cheminement professionnel.

D'abord, les objectifs établis sur le plan de la connaissance du milieu visaient essentiellement notre familiarisation avec la mission et les objectifs poursuivis par l'IPPM et le CPLM. Plus particulièrement, nous souhaitions connaître ceux des programmes de traitement interne et externe mis en place pour les délinquants sexuels adultes. Pour ce faire, déterminer et comprendre les principales législations s'appliquant à l'organisation et la clientèle ciblée nous apparaissaient incontournables. Il nous semblait également important de comprendre le rôle des différents partenaires et ressources extérieurs impliqués auprès de la clientèle. Finalement, nous souhaitions situer le rôle du criminologue au sein de l'équipe multidisciplinaire et comprendre ses particularités.

Ensuite, les objectifs poursuivis sur le plan des habiletés professionnelles s'apparentaient plus particulièrement aux tâches spécifiques du criminologue, autant à l'IPPM qu'au CPLM. Dans le but de perfectionner nos habiletés professionnelles, il était entendu que nous pouvions prendre part à l'animation du groupe sur la prévention de la récidive et que nous assurerions le suivi individuel des patients en lien avec celui-ci. Puisque l'évaluation est une part importante des tâches du criminologue, nous allions avoir à effectuer des évaluations criminologiques, en assurer la rédaction et la présentation à l'équipe. De ce fait,

nous nous attendions à ce que notre capacité d'analyse et nos techniques d'intervention en ressortent améliorées. Par ailleurs, le champ de pratique du criminologue étant large à l'IPPM, nous devions également participer à la tenue d'entrevues familiales, participer aux réunions cliniques et assurer toute autre tâche connexe effectuée par le criminologue (contacts avec les instances extérieures, clarification du statut légal du patient, etc.). Finalement, plus spécifiquement à propos de notre présence au CPLM, nous devions participer à l'animation du groupe de maintien des acquis, effectuer des suivis thérapeutiques de détenus fédéraux en libération conditionnelle ou en ordonnance de surveillance de longue durée et assister à des évaluations psychiatriques présentencielles.

Finalement, nous avons ciblé des objectifs sur le plan de notre développement personnel et de notre cheminement professionnel. En effet, ce stage était l'occasion de développer notre jugement clinique et notre autonomie professionnelle, d'explorer le travail en équipe multidisciplinaire et de développer notre capacité à créer une relation de confiance avec la clientèle, tout en faisant preuve de respect, d'éthique et de professionnalisme. Sur le plan personnel, ce stage allait nous permettre de reconnaître nos forces et nos faiblesses en intervention, d'être réceptive aux critiques et de les utiliser à bon escient. Finalement, notre passage à l'IPPM et au CPLM visait à faire des liens et des recoupements entre la théorie et la pratique en matière de délinquance sexuelle.

### 3.1.1 Description des activités réalisées et atteinte des objectifs cliniques

Notre stage s'est étendu sur une période de six mois, pour un total de 85 jours, pendant lesquels nous avons pu participer à différentes activités et en suivre l'évolution. À l'IPPM, nous nous sommes impliquée dans l'animation du groupe de prévention de la récidive. Nous avons également assuré les suivis individuels des patients qui suivaient le groupe de prévention de la récidive. Durant plusieurs semaines, nous les avons assistés dans la préparation des activités thérapeutiques à réaliser. Les participants étaient appelés à trouver et à présenter leur cycle d'agression. Pour ce faire, ils devaient trouver et détailler une suite de situations problématiques, qui engendraient des pensées négatives, des sentiments, des fantasmes sexuelles, des comportements et des conséquences. Cet exercice a été fait pour l'ensemble des situations problématiques qui se sont présentées deux ans avant le délit et pour celles ayant précédé le délit de quelques heures. Les patients ont également été

amenés à déterminer des solutions de rechange aux situations à risque ciblées, à identifier des distorsions cognitives générales (vis-à-vis les femmes, la relation d'aide, le traitement, etc.), celles ayant pu favoriser le passage à l'acte et finalement, à développer ou à augmenter leur capital d'empathie envers les victimes. Plus récemment, un module visant l'introduction des principes du *Good lives model* dans la vie des délinquants a été intégré au programme. Bref, ce groupe se voulait un endroit où les patients orientaient leurs réflexions sur ces différents thèmes afin qu'ils intègrent leur compréhension de leur cycle délictuel, qu'ils détectent les signes indiquant son apparition et qu'ils ciblent des solutions de remplacement mieux adaptées.

Par ailleurs, nous avons pris en charge quatre évaluations criminologiques de délinquants admis au programme pendant notre stage. Ainsi, nous avons eu, pour chacune de ces évaluations, entre trois et quatre rencontres avec chacun des sujets. Cette collecte de données, combinée à la lecture des dossiers, nous a permis de faire l'évaluation de chaque délinquant, dans laquelle il importait d'émettre une opinion clinique et des recommandations quant à son traitement, selon les facteurs de risque et les besoins cernés. Dans le cadre de la première étude de cas de chacun des sujets, nous avons présenté l'évaluation criminologique afin de dresser un portrait du patient à l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire et de fournir des pistes dans la détermination de ses objectifs thérapeutiques.

Nous avons également pris part aux réunions quotidiennes de l'équipe, deux fois par jour, ce qui assurait le transfert des informations, observations et événements de la journée concernant chacun des patients, en vue de favoriser la continuité des interventions à l'unité de vie. À cela s'ajoutaient plusieurs réunions cliniques, soit des rencontres d'orientation clinique, des études de cas ou des bilans de traitement, ce qui nous a permis de voir l'évolution des patients dans un processus thérapeutique d'un an. Finalement, nous avons fait diverses observations dans certains groupes de thérapie (groupe d'habiletés sociales et groupe d'intégration) et avons participé à différentes activités quotidiennes des patients (horticulture et poterie), dans le but de nous familiariser avec la clientèle, notre milieu de stage et le traitement offert à l'IPPM.

Quant à notre présence au CPLM, elle nous a permis d'assister au groupe de maintien des acquis. Cette modalité thérapeutique s'adresse à une clientèle aux prises avec une problématique chronique de déviance sexuelle, ayant déjà complété les modalités offertes par l'IPPM et/ou le CPLM, et qui nécessite un suivi à long terme, pouvant s'étendre sur plusieurs années. La majorité des sujets intégrés dans ce groupe sont en cure libre, c'est-à-dire qu'ils ont choisi de poursuivre leur suivi à la fin de leur mandat légal. Le quotidien des participants fait partie intégrante du contenu abordé dans le cadre du groupe. En effet, les conflits vécus, les relations conjugales et sociales, la gestion des fantasmes sexuelles et des situations à risque sont des sujets traités à chacune des rencontres. Ce groupe permet de briser l'isolement de ces clients et de favoriser leur maintien dans la collectivité (Côté et Nicole, 2009).

Nous avons également participé à des rencontres de suivi de délinquants sexuels en libération conditionnelle ou en ordonnance de surveillance de longue durée, pour qui un suivi thérapeutique concernant leur déviance sexuelle était prescrit dans leurs conditions de libération. Ces suivis, variables en termes de durée et de fréquence pour chacun des délinquants, visent l'encadrement thérapeutique de leur retour dans la collectivité, où sont abordées différentes sphères de leur réinsertion sociale. Par ailleurs, ces patients ayant tous été impliqués dans le traitement interne de l'IPPM, il est également fait un suivi étroit de leurs préoccupations sexuelles, de la présence et de la gestion de leurs fantasmes sexuelles déviantes et des situations pouvant les placer à risque de récidive.

Finalement, étant donné que notre présence au CPLM comptait un moins grand nombre de jours qu'à l'IPPM, nous avons seulement participé à quelques rencontres d'équipe et de discussion clinique. Nous avons également fait l'observation de l'évaluation d'un patient en vue de son acceptation au programme de traitement.

L'ensemble des activités décrites ci-dessus nous a permis d'atteindre la plupart de nos objectifs sur le plan des habiletés professionnelles. Cependant, vu la réalité des patients présents pendant notre stage, certains objectifs n'ont pu être atteints puisque des situations qui auraient été propices à notre apprentissage ne se sont tout simplement pas présentées, par exemple la tenue de rencontres familiales et la participation à des expertises. Par ailleurs, notre participation à l'ensemble des activités propres au criminologue nous a aidée

à mieux connaître ses spécificités et à les distinguer au sein de l'équipe multidisciplinaire. Cela nous a également permis d'améliorer notre jugement professionnel et de développer une vision globale du délinquant selon une optique criminologique.

À l'aide d'autres moyens mis à notre disposition, nous avons pu enrichir nos connaissances, notamment en ce qui a trait à l'évaluation des facteurs de risque chez les délinquants sexuels. Pour ce faire, nous avons pris connaissance des outils d'évaluation clinique (Sexual Violence Risk-20) et actuariels (Statique-99, Stable-2007 et Aigu-2007) utilisés dans l'évaluation de cette population. Les lectures suggérées par notre superviseur de stage, les périodes de supervision mises à notre disposition, notre participation à des activités scientifiques (conférences midi offertes à l'IPPM et participation au 5<sup>e</sup> congrès international francophone sur l'agression sexuelle) nous ont aussi aidée à faire des liens entre la théorie et la pratique. Cela a également bonifié nos connaissances sur la problématique ciblée et sur la psychiatrie légale en général. Sur le plan de notre développement personnel et de notre cheminement professionnel, les périodes de supervision nous ont permis de consolider nos apprentissages, de répondre à nos questionnements, d'alimenter nos réflexions et d'obtenir des rétroactions sur les activités et interventions réalisées. Finalement, l'acquisition d'habiletés professionnelles a favorisé notre cheminement personnel et professionnel et a également permis l'atteinte de nos objectifs sur le plan de la connaissance du milieu.

### 3.1.2 Difficultés rencontrées en cours de stage

Notre présence à l'IPPM et au CPLM nous a mis dans de nombreuses situations qui nous ont amenée à parfaire nos connaissances et habiletés, tout en tentant de dépasser nos difficultés et nos limites.

Avant même notre arrivée à l'IPPM, nous nous connaissions deux difficultés personnelles que nous allions devoir surmonter en cours de stage. En effet, nous présentions un certain manque de capacité de synthèse, ce qui est rapidement apparu lors de la rédaction des rapports criminologiques. Nous présentions également une difficulté à recadrer les clients lors d'entrevues, même lorsque l'information qu'ils nous transmettaient n'était pas celle demandée ou n'était tout simplement pas pertinente. Deux moyens nous ont été

particulièrement utiles afin d'améliorer ces points. D'abord, et tout au long de notre stage, notre superviseur nous a fourni des conseils et une supervision sur ces plans, soit en effectuant des retours sur les interventions que nous avons réalisées et les évaluations rédigées. Par ailleurs, la prise en charge complète d'évaluations criminologiques nous a permis de nous exercer et de nous faire progresser. Bien que nous puissions encore nous améliorer, l'évaluation d'un délinquant en particulier nous a obligée à mettre en pratique différentes façons de faire afin de parvenir à nos fins. En effet, étant mythomane et très volubile, ce délinquant nous a amenée à faire un travail de recadrage lors des entrevues et un exercice de synthèse important lors de la rédaction, vu la quantité considérable de renseignements obtenus et leur caractère contradictoire.

Bien que nous n'en étions pas à notre première expérience en tant que stagiaire, cette position peut parfois être, selon nous, inconfortable dans la pratique quotidienne. En effet, ceci réfère premièrement à un enjeu quant à notre crédibilité. Notre jeune âge et notre apparence qui nous fait parfois paraître plus jeune que nous ne le sommes réellement semblaient créer des doutes chez la clientèle quant à notre compétence. À cela pouvait s'ajouter une autre source malaise pour les agresseurs sexuels de femmes adultes présents à l'IPPM lors de notre stage, dont les victimes se situaient dans la tranche d'âge 16-25 ans. Ceux-ci nous ont rapporté vivre de la honte et de la gêne à notre contact, puisque nous leur rappelions leurs victimes et ils éprouvaient de la difficulté à aborder certains sujets avec nous lors des rencontres de suivi individuel, tels leurs délits, la violence faite à l'égard de femmes, leurs préoccupations sexuelles, etc. Nous avons donc dû composer avec ces difficultés, en rappelant aux clients notre rôle, les raisons de notre présence à l'IPPM et notre absence de jugement à leur égard. Nous avons également dû faire des efforts afin de prendre notre place lors des interventions menées avec nos superviseurs par exemple, puisque les patients avaient tendance à s'adresser et à répondre seulement à l'autre intervenant présent, même lorsque nous étions la personne qui posait les questions. Nous avons donc fait l'exercice de nous rappeler fréquemment que nous étions une nouvelle figure pour ces individus et qu'une alliance thérapeutique se développe graduellement. Au fil du temps, nous avons remarqué moins de méfiance à notre égard de la part de la clientèle, une plus grande ouverture et écoute par rapport à nos interventions et à notre présence dans les groupes de thérapie.

Ce stage nous a également permis d'aller plus loin sur le plan de l'intervention dans certaines situations particulières, par exemple dans le cas où un client suivi au CPLM nous a demandé de sortir avec lui et dans celui où un client dont nous avons fait l'évaluation criminologique pendant son traitement à l'IPPM nous a fait une déclaration d'amour. Ces situations délicates nous ont permis d'augmenter nos capacités à mettre nos limites, en rappelant au client notre rôle et la nature de notre relation. Cependant, nous devions le faire sans minimiser le vécu du client, ce qui nous a permis d'améliorer notre savoir-faire. De plus, la clientèle orientée vers un traitement à l'IPPM est constituée de délinquants à risque de récidive élevé et qui présentent de grands besoins criminogènes. Cela nous a permis de nous familiariser avec une clientèle présentant des problématiques multiples, ce qui a été très intéressant, quoiqu'une source de stress. En effet, les clients rencontrés en cours de stage nous ont permis d'apprendre à travailler auprès d'une clientèle présentant des problèmes de santé mentale de l'axe I, ce que nous connaissions moins au départ. Cependant, notre présence quasi quotidienne à l'unité de traitement de l'IPPM nous a permis de nous adapter graduellement à celle-ci et a suscité plusieurs discussions lors de nos périodes de supervision.

Finalement, n'ayant pas complété notre baccalauréat en criminologie, nous avons une approche plutôt générale, inspirée des paradigmes appris dans le cadre de notre formation en travail social. Ainsi, nous avons des connaissances et des expériences générales au sujet de l'intervention. Cependant, dans le cadre d'un stage tel que celui que nous avons effectué, nous avons dû pallier cette lacune afin d'offrir à la clientèle la meilleure intervention possible et de rédiger des évaluations criminologiques complètes et pertinentes. Nous avons donc tenté d'adapter notre façon d'aborder la problématique, en élargissant nos connaissances de la délinquance sexuelle, de l'intervention pratiquée et des outils cliniques et actuariels utilisés dans ce domaine. Les lectures que nous avons faites, notre participation aux différents groupes de thérapie et les suivis individuels que nous avons pris en charge ont également favorisé ce cheminement. Cependant, malgré notre amélioration sur ce plan, cela demeure, selon nous, notre principal défi professionnel à l'avenir.

### 3.2 Objectifs académiques

Notre présence à l'IPPM et au CPLM visait aussi l'atteinte d'objectifs sur le plan académique. Puisque nous souhaitions déterminer les facteurs qui favorisent la généralisation des acquis faits en traitement chez les délinquants sexuels adultes, il s'avérait pertinent que nous puissions connaître la réalité interne et externe du traitement offert en continuité par ces deux organisations. Les détenus fédéraux suivis au CPLM ayant tous participé au programme pour délinquants sexuels offert à l'IPPM, il nous apparaissait incontournable de bien connaître les composantes de ce traitement. Nous avons donc fait une première partie de notre stage à l'IPPM, avant de nous pencher sur la question de la généralisation des acquis lors de notre présence au CPLM.

Plus spécifiquement, nous souhaitions comprendre et déterminer les facteurs associés à un traitement réussi qui peuvent avoir des répercussions positives sur le retour dans la collectivité du délinquant. Toujours dans cette optique de généralisation des acquis, il s'avérait pertinent, dans le cadre de ce projet, de déterminer les moyens et les interventions mis en place pouvant favoriser la transition entre l'incarcération et le retour dans la collectivité afin d'en augmenter les chances de réussite. Nous souhaitions également explorer de quelle façon certains facteurs associés à la réinsertion sociale influaient sur le retour et la gestion dans la collectivité des délinquants sexuels adultes. Ainsi, il nous importait de déterminer comment l'élaboration du plan de réinsertion sociale, les besoins individuels, les besoins sociaux, le logement et l'environnement social, l'employabilité et l'éducation, l'introduction des principes du GLM dans leur vie et la continuité thérapeutique s'articulent lors de la réinsertion sociale et les impacts qu'ils peuvent avoir sur celle-ci. Finalement, connaissant les défis que comportent ces différents facteurs, il nous apparaissait pertinent de relever les difficultés et les problématiques vécues lors du retour dans la société des délinquants sexuels adultes et de trouver des solutions en lien avec ces problèmes.

#### 3.2.1 Élaboration du projet de stage

Quatre délinquants ont été ciblés dans le cadre de notre projet de stage, selon certains critères établis. En effet, tous les candidats devaient avoir complété le programme de



traitement en délinquance sexuelle offert à l'IPPM, afin que nous puissions établir les objectifs généraux et spécifiques poursuivis pour chacun d'entre eux lors de leur présence à l'Institut. Par ailleurs, les participants devaient avoir retrouvé leur liberté depuis au moins un an. Ce critère était essentiel afin que nous puissions obtenir assez de matériel et d'informations sur le déroulement de leur réinsertion sociale. De cette façon, nous nous assurons que les quatre délinquants avaient vécu suffisamment de situations au quotidien nous permettant de dresser un portrait de notre sujet d'étude et de tirer certaines conclusions quant à la généralisation des acquis faits en traitement.

Puisque notre projet visait également à dresser un portrait des facteurs favorisant la réussite du retour dans la collectivité de cette population et un portrait des difficultés susceptibles d'y nuire, nous avons pris soin de sélectionner différents profils de délinquants sexuels. Deux des candidats présentaient, jusqu'au démarrage de notre projet, un retour réussi dans la collectivité, alors que pour les deux autres, la réinsertion avait été jugée comme un échec à au moins une occasion depuis leur libération. Il était entendu qu'une révocation de la liberté du délinquant et un retour au pénitencier étaient considérés comme un échec de la réinsertion sociale. En effet, la révocation de la liberté des délinquants survient souvent dans des contextes où des connaissances et des acquis faits en traitement auraient dû être utilisés afin d'éviter ou de gérer la situation ayant mené à la suspension. Ainsi, il nous apparaissait pertinent d'utiliser ce critère pour définir l'échec ou la réussite du traitement, plutôt que la seule commission d'un nouveau délit de nature sexuelle.

Pour chacun des candidats, nous avons d'abord fait la recension de son dossier à l'IPPM, où nous avons trouvé l'information relative à son histoire criminologique et au déroulement de son traitement. Nous avons pris connaissance de différents documents afin de dresser un portrait complet de chacun d'entre eux, soit l'évaluation d'acceptation au programme pour agresseurs sexuels de l'IPPM, l'évaluation criminologique, les évaluations phallométriques, l'expertise psychiatrique menant à la déclaration de délinquant dangereux ou délinquant à contrôler lorsque disponible, la note d'admission, le suivi psychiatrique et le résumé de traitement, les comptes rendus de la participation aux groupes d'habiletés sociales et de prévention de la récidive, les notes d'évolution en cours de traitement (résumés de la rencontre d'orientation clinique, des études de cas et du bilan de traitement) et tous les autres documents provenant du SCC (profil criminel, détermination de la peine, etc.). Nous

avons également pris connaissance du dossier des patients au CPLM, où nous avons trouvé les informations quant à leur gestion dans la communauté, soit les notes d'évolution relatives au suivi criminologique, au suivi psychiatrique et les documents en provenance du SCC (plan de réinsertion sociale, conditions de libération, etc.).

Ensuite, nous avons rencontré chacun des participants dans le cadre de son suivi criminologique avec notre superviseur. Afin de pouvoir recueillir certaines informations utiles à notre projet, certains de ces entretiens ont été utilisés aux fins de notre projet. En utilisant une grille d'entrevue semi-structurée (voir annexe 1), nous avons interrogé les participants sur différentes sphères de leur réinsertion sociale. En premier lieu, nous les avons interrogés sur leurs objectifs lors de leur traitement à l'IPPM, les situations qui les plaçaient à risque de récidive, les principaux apprentissages qu'ils retiennent de leur séjour à l'IPPM et les conclusions émises à leur égard en fin de traitement. Les candidats se sont alors prononcés sur leur évolution, sur les difficultés rencontrées et sur les cibles de travail qu'il restait à explorer. Nous avons donc pu dresser un portrait plus clair de l'utilisation des stratégies apprises en traitement et de quelle façon celles-ci s'actualisaient dans leur quotidien. En dernier lieu, nous avons exploré ce qui a été mis en place pour chacun des délinquants lors de sa libération, le sens et l'importance accordés à chacune de ces sphères. Nous avons donc abordé les thèmes du logement, de l'emploi et de la scolarité, des suivis thérapeutiques et légaux, des relations familiales, conjugales et sociales, des loisirs et de l'utilisation de ressources dans la collectivité.

### 3.2.2 Limites du projet de stage

Ce projet de maîtrise avait pour but la compréhension clinique du processus de généralisation des acquis en traitement chez les délinquants sexuels adultes. Vu le spécifique de notre sujet d'étude et l'implication que nous avons eu à fournir auprès des délinquants sexuels ciblés pendant notre stage, le nombre de candidats impliqués dans notre projet a été limité. Il ne s'est donc pas agi d'une démarche empirique, basée sur des critères de recherche scientifiques, de laquelle des conclusions généralisables ont pu être tirées. Cela nous a cependant permis d'étudier des concepts théoriques validés dans le cadre d'une pratique en criminologie. Ainsi, en cherchant à faire des liens entre la théorie et la

pratique, nous avons pu perfectionner notre façon d'intervenir, vue la compréhension clinique que nous avons retirée de l'exercice.

Tel que mentionné précédemment, notre sujet d'étude était la compréhension du processus de généralisation des acquis chez les agresseurs sexuels. Notre démarche visait donc l'approfondissement de certains facteurs y étant rattachés, selon la littérature recensée portant sur le sujet. Cependant, il faut garder en tête que le portrait que nous avons fait de ces éléments n'a peut-être pas seulement résulté de la généralisation des acquis faits en traitement. En effet, il est pertinent de s'interroger sur la place que peuvent avoir pris des mécanismes de désirabilité sociale chez les délinquants, ou encore, d'un possible processus d'institutionnalisation vécu lors de l'incarcération des individus. Ces différentes composantes pourraient donc avoir altéré la progression réelle des sujets en traitement sans que cela n'apparaisse clairement. Le genre de projet de maîtrise que nous avons mené ne nous a pas permis d'investiguer ces autres composantes. Cependant, il n'en demeure pas moins qu'il est important d'en être conscient à la lecture des résultats.

Bref, notre projet de maîtrise ne peut être comparé à une étude scientifique. Cependant, les résultats obtenus dans le cadre de notre démarche peuvent être forts utiles dans la compréhension clinique de la généralisation des acquis chez les délinquants sexuels.

## CHAPITRE 4 : PRÉSENTATION DU MATÉRIEL – LES ÉTUDES DE CAS

### 4.1 Étude de cas 1 (Jonathan)

#### 4.1.1 Histoire criminologique

Jonathan est un homme âgé de 32 ans, célibataire et père de deux enfants. Il est le père d'un garçon de 13 ans avec qui il n'a eu qu'un bref contact lorsque l'enfant était âgé de trois mois, et une fille de 6 ans, pour lequel un jugement de déchéance parentale a été émis à son endroit en 2005, la fillette étant née à la suite d'une des agressions sexuelles commises. Depuis le mois de janvier 2004, il purge une sentence fédérale de cinq ans, neuf mois et quinze jours pour des délits d'agression sexuelle (4), de séquestration, de voies de fait et de menaces de mort. Jonathan a été libéré d'office en décembre 2007, alors que l'expiration de son mandat a eu lieu en novembre 2009. Ayant été déclaré délinquant à contrôler, le sujet se soumet présentement à une ordonnance de surveillance de longue durée de 10 ans, soit jusqu'en 2019.

À l'âge de 5 ans, Jonathan a été vu en psychiatrie pour des troubles de comportement, tels que se frapper la tête contre les murs, mordre et hurler jusqu'à la perte de conscience. Il y a été revu à l'âge de 11 ans, à la suite du dévoilement d'agressions sexuelles subies. À l'âge adulte, aucune consultation en psychiatrie n'est mentionnée, malgré le fait qu'il ait rapporté deux tentatives de suicide. Finalement, lors de son séjour à l'IPPM, des diagnostics de paraphilie non spécifiée, d'abus de cocaïne et d'alcool en rémission dans un environnement contrôlé, et d'abus de dérivés de cannabis ont été posés sur l'axe I, alors que sur l'axe II, des traits de personnalité narcissique et limite ont été retenus.

La carrière criminelle de Jonathan a débuté lorsqu'il était âgé de 14 ans. À la suite d'une condamnation pour vol à l'étalage et voies de fait, un placement d'une durée d'un an en centre d'accueil lui a été imposé. À l'âge adulte, l'ouverture de son casier judiciaire remonte en 1995, alors qu'il venait d'atteindre sa majorité, pour avoir été trouvé coupable de voies de fait et de menaces de mort. En 1999, il a été accusé d'agression armée et d'avoir braqué une arme à feu, accusations pour lesquelles il y a eu arrêt des procédures. La même année, il a aussi été reconnu coupable de voies de fait (2 chefs), d'avoir proféré des menaces, de harcèlement criminel (2 chefs) ainsi que de bris de condition. En 2000, il a été

condamné pour omission de se conformer. Finalement, en 2001, il a été trouvé coupable d'avoir proféré des menaces de mort (3 chefs). Pour l'ensemble de ces délits, Jonathan a été condamné à des périodes de probation variant de six mois à trois ans et à quelques mois de détention dans des établissements provinciaux. Ces infractions, qu'il expliquait par des gestes impulsifs en réponse à des contrariétés et à des refus qu'il considérait comme injustifiés, ont été commises à l'endroit de ses conjointes.

De 9 à 11 ans, Jonathan a été victime d'agressions sexuelles répétées par le concierge de son immeuble. Alors que la mère de Jonathan a rapporté qu'il a toujours été un enfant turbulent et colérique, les comportements agressifs sont apparus à la suite des agressions subies. L'adolescence de Jonathan est également décrite comme ayant été difficile. En effet, entre l'indifférence qu'il percevait chez son père et les difficultés d'encadrement de sa mère, le sujet se décrit comme ayant été colérique, agressif et à la recherche de sensations fortes. Des besoins d'attention et de valorisation, reliés à un important complexe dû à sa petite taille, étaient déjà présents à cet âge. À ce sujet, le médecin traitant de l'IPPM a noté, lors de son passage à l'unité de traitement en 2005, qu'il cherchait à surcompenser cette petite taille en tentant d'impressionner par l'intimidation et la menace. Le sujet reconnaît d'ailleurs que ce complexe l'a amené à s'identifier à des modèles inadéquats et à joindre des groupes de pairs prônant des idéaux de violence extrême, tels que des groupes néo-nazis et le Ku Klux Klan. Son appartenance à ces groupes lui permettait de projeter une image qu'il considérait comme valorisante.

Son implication dans ces groupes a favorisé l'émergence d'un rythme de vie instable et festif, où la consommation excessive d'alcool et de drogues était au premier plan. Dès l'âge de 18 ans, Jonathan a rapporté une consommation de cocaïne quasi quotidienne, ainsi qu'une consommation d'alcool le menant souvent jusqu'à des pertes de conscience. La vente de drogues lui a d'ailleurs permis de maintenir ce style de vie jusqu'à sa détention préventive en 2002.

Jonathan a mis fin à ses études avant l'obtention de son diplôme de secondaire V. Il dit n'avoir jamais eu de difficulté à se trouver des emplois. Cependant, il est rarement arrivé à les conserver sur de longues périodes, puisqu'il avait de la difficulté à se plier aux règles imposées. Ainsi, dès l'âge de 18 ans, il est devenu bénéficiaire de l'aide sociale.

L'ensemble des relations affectives de Jonathan témoigne d'une instabilité sur le plan de l'intimité. Il dit avoir toujours eu le sentiment d'être berné et trompé par les femmes, ce qui expliquerait, selon lui, sa jalousie excessive à l'égard de ses conjointes et le fait que toutes ses relations conjugales se sont soldées par des comportements agressifs et violents de sa part. Il s'avère d'ailleurs que les premiers délits d'ordre sexuel sont survenus à la suite d'une séparation, où il se disait dégoûté par les femmes et généralisait à l'ensemble des personnes de sexe féminin les comportements irrespectueux que sa conjointe auraient eus à son égard. Ainsi, le sujet rapporte avoir aujourd'hui beaucoup de difficulté à faire confiance aux femmes, ce qui, selon lui, expliquerait son besoin d'être rassuré à outrance.

Bien que Jonathan ait grandi dans un environnement instable, où il était entouré d'influences négatives (groupe de pairs violents), sa famille est demeurée présente, sa sœur et sa mère étant des sources de soutien importantes et positives. Elles semblent toutefois minimiser les délits d'agression sexuelle commis par Jonathan à l'endroit de sa dernière victime, sa conjointe, en disant qu'il y a eu exagération des faits.

Les délits qui lui sont reprochés se sont produits en 2001 et 2002 à l'endroit de deux femmes et de deux adolescentes de 13 ans. Le modus operandi aurait été le même, c'est-à-dire qu'étant à la recherche de contrôle, il a contraint les victimes, en les intimidant et en les menaçant. Les deux premiers délits se sont déroulés simultanément. Le sujet aurait entraîné chez lui deux adolescentes rencontrées par hasard et aurait exigé d'elles des relations sexuelles. Les jeunes filles auraient initialement refusé, mais auraient finalement cédé aux menaces formulées par Jonathan. La troisième agression a aussi eu lieu en 2001, alors que le sujet aurait été en état d'intoxication avancée. Il aurait décrit à la victime, une femme qu'il connaissait peu, son implication dans des groupes criminalisés afin de l'effrayer. Jonathan admet d'emblée avoir fait usage de contrainte et d'intimidation pour parvenir à ses fins lors de cette agression. Finalement, la dernière agression sexuelle concerne une période d'abus de près d'un an, sur une femme qui est devenue sa conjointe. À la demande d'une amie, Jonathan devait aller menacer la victime. À ce premier contact, ils auraient eu, cette soirée-là, une relation sexuelle malgré le refus de la jeune femme. Le sujet l'aurait par la suite convaincue de venir cohabiter avec lui chez ses parents, ce qui aurait marqué le début de leur relation conjugale. Selon les dires de la famille de Jonathan, la victime était effacée et isolée. Jonathan admet l'avoir menacée de tuer ses parents et sa

famille si elle le quittait. Elle a donc demeuré avec lui et est tombée enceinte après quelques mois. La dénonciation a eu lieu quelques mois plus tard, après la naissance de l'enfant.

Jonathan reconnaît les faits qui lui sont reprochés concernant les quatre agressions sexuelles pour lesquelles il a été reconnu coupable. Il a également reconnu avoir surinvesti la sexualité. Il a rapporté avoir eu une consommation excessive d'escortes, ainsi que plusieurs relations sexuelles d'un soir, sans implication émotive. Il nomme avoir eu des comportements sexuels à risque, mais nie cependant tout intérêt sexuel déviant. La passation d'évaluations phallométriques à l'IPPM a effectivement permis de constater un profil valide mais non déviant, soit une réponse pénienne d'amplitude suffisante à des stimuli non-déviant, supérieure à celle obtenue aux stimuli déviants.

#### 4.1.2 Traitement

Jonathan a été admis à l'IPPM en février 2005 afin de prendre part au programme pour délinquants sexuels y étant offert, ce traitement étant le premier dans lequel le sujet s'est investi. Malgré une motivation et un désir apparents de réussir son traitement, Jonathan rapporte avoir eu de la difficulté à s'y investir, voyant difficilement comment cela pouvait lui être réellement utile. En effet, pendant la première partie de son traitement, il dit avoir conservé son mode de fonctionnement antérieur, où l'importance d'entretenir son image ainsi que son besoin d'attention et de valorisation étaient au centre de ses priorités. Ce que le sujet a rapporté coïncide avec ce que l'équipe de traitement a observé chez lui. La recherche excessive d'attention, se traduisant souvent par un désir de gratification immédiate de ses besoins, et un manque de maîtrise de soi en présence d'une critique ou d'un refus considéré comme injustifié étaient des comportements fréquemment observés chez Jonathan. Il avait de la difficulté à avoir des contacts adéquats avec le personnel féminin et adoptait une position de victime lorsqu'il ne recevait pas une réponse immédiate à ses demandes. Il dramatisait également toute situation perçue comme négative à son endroit (critiques, regard, etc.), en mettant l'accent sur celles-ci et en les amplifiant. Les premières semaines de son traitement ont donc été ponctuées de pertes de contrôle et d'épisodes de colère qui ont culminé jusqu'au point où le sujet s'est fracturé la main en frappant contre le mur. Il est apparu qu'il avait des exigences très élevées, souvent

irréalistes, dans l'ensemble de ses sphères de vie. Le fait de ne pas atteindre ses objectifs l'amenait à vivre un fort sentiment d'échec et de déception, provoquant de la colère, ce qui a précédé, à plusieurs reprises, des passages à l'acte violents et impulsifs. Ainsi, les principaux objectifs de traitement de Jonathan étaient de faire une meilleure gestion de sa colère et de son impulsivité, de verbaliser adéquatement ses frustrations et ses demandes, de valider ses perceptions afin de dédramatiser les situations, de moduler ses attentes selon les situations vécues et de cesser de chercher à outrance l'approbation d'autrui. Finalement, vu l'importance et la valorisation accordées à son image de dur, un des objectifs incontournables de Jonathan visait l'authenticité.

Des progrès ont été notés chez Jonathan au cours de son traitement. En effet, des améliorations ont été soulignées sur le plan de son autocritique, de son authenticité et de sa responsabilisation par rapport à ses actes et à ses choix. Il a de plus mis en pratique certaines techniques apprises, notamment au sujet de la gestion de sa colère et de ses frustrations, comme l'arrêt de pensée et le retrait volontaire. Cependant, il lui fallait encore fournir des efforts lors d'un stress de plus grande intensité, où était noté un retour à des comportements impulsifs. Malgré que ses interactions avec autrui soient devenues plus positives en cours de traitement, la recherche excessive d'approbation dans ses contacts sociaux est demeurée. De plus, bien qu'il ait appris à valider ses perceptions, Jonathan a continué d'interpréter de manière excessive l'ensemble des messages qui lui sont adressés, en mettant l'accent sur ceux qu'il percevait comme lui étant défavorables, ce qui pouvait rapidement enclencher son cycle de violence.

Pendant le deuxième tiers de son traitement, Jonathan a reconnu avoir des préoccupations d'ordre sexuel excessives et avoir utilisé la sexualité afin de diminuer les tensions vécues. Avec sa participation au groupe de prévention de la récidive, des progrès ont été notés, notamment au sujet de sa compréhension de son cycle le menant à des épisodes de violence et à l'utilisation inadéquate de la sexualité. Les relations sociales négatives (relations conjugales non égalitaires et fréquentation d'un milieu criminel), la consommation, la valorisation d'une image négative de lui-même, la mauvaise gestion de ses sentiments négatifs, sa peur de l'abandon et la mauvaise gestion de ses conflits sont des éléments qui ont été ciblés comme étant des situations à risque chez lui. Il a été capable d'identifier l'ensemble de ses situations, de reconnaître les conséquences possibles et les moyens à



prendre afin de les éviter ou de les gérer, soit mettre en pratique les apprentissages faits en lien avec ses objectifs de traitement.

Globalement, des tentatives de généralisation d'acquis ont été observées à l'unité de traitement. En effet, on remarquait alors chez Jonathan des propos plus nuancés et une diminution de la dramatisation au quotidien. Le sujet, quant à lui, dit être plus apte à gérer le stress et la colère vécus, sans avoir à utiliser la masturbation afin de faire diminuer sa tension. Alors qu'une bonne progression avait été notée en cours de traitement, le dernier tiers du séjour de Jonathan à l'IPPM a été jugé difficile. En effet, l'apparition de symptômes dépressifs en plus d'un retour à ses comportements problématiques antérieurs (accès de colère, impulsivité...) ont été observés. Par exemple, le sujet a avoué avoir sollicité sa famille afin qu'elle l'aide à faire entrer de la cocaïne à l'unité de traitement. Finalement, le traitement du sujet a été interrompu quelques semaines avant sa fin (février 2006) parce qu'il a eu recours à l'intimidation à l'unité de traitement et a tenté de frapper un intervenant.

Jonathan rapporte avoir été constamment ambivalent par rapport à son traitement. Malgré son réel désir de s'y investir, il dit avoir eu beaucoup de difficulté à ne pas revenir à son mode de fonctionnement antérieur, soit intimider les autres en faisant valoir son image de dur. C'est d'ailleurs ce que le médecin traitant de l'IPPM a noté comme étant l'enjeu principal pour la suite de son cheminement thérapeutique. Jonathan devait décider s'il souhaitait s'impliquer activement dans un processus thérapeutique afin de se responsabiliser et d'améliorer son fonctionnement global ou continuer à se sentir impuissant, à se victimiser et à chasser ses malaises en utilisant des moyens éphémères connus, tels que la consommation excessive de substances psychoactives et la sexualité. Selon les dires du sujet, le retour au pénitencier l'a ramené immédiatement à l'ambivalence vécue en début de traitement et demeure encore présente aujourd'hui.

#### 4.1.3 Retour dans la collectivité

En décembre 2007, Jonathan a été libéré d'office et a été assigné à résidence dans un centre correctionnel communautaire (CCC) de Montréal. Au début de son séjour, Jonathan a su adopter une attitude conformiste en démontrant un désir apparent de plaire. De sa propre

initiative, il a obtenu plusieurs entrevues d'embauche et s'est rapidement trouvé un emploi, en attendant de pouvoir actualiser son projet de retour aux études. Cependant, des difficultés sont rapidement apparues. Dès mars 2008, Jonathan a verbalisé être habité d'un sentiment de solitude grandissant. De plus, il semblait vivre de plus en plus de contrariétés au quotidien, surtout en lien avec ses conditions légales et le sentiment de se faire contrôler par son agente de libération conditionnelle (ALC) et les intervenants du CCC. Il a également connu des difficultés de rendement au travail. Sur le plan affectif, Jonathan était impliqué dans une relation avec une femme déjà en couple. Des interventions et recadrages auxquels le sujet était réceptif ont eu lieu afin de lui faire prendre conscience qu'il se plaçait dans des situations à risque. Cependant, en raison de la détérioration progressive de son fonctionnement et d'un retour à ses anciens comportements (étalage de son passé dans un dessein d'intimidation et utilisation de menaces), la libération du sujet a été révoquée en mars 2008. Par la suite, le sujet a reconnu l'ensemble des événements lui ayant valu ce retour au pénitencier. Il a admis avoir eu recours à son fonctionnement antérieur inadéquat, avoir eu de la difficulté à gérer ses émotions et son impulsivité et a fait des liens entre son vécu et son cycle de délinquance.

À la suite d'une révocation d'un an, Jonathan a été libéré en avril 2009 et a été assigné à résidence dans un autre CCC de Montréal. Malgré le cadre strict auquel Jonathan a dû se soumettre dans ce milieu et en dépit de la présence de plusieurs irritants au quotidien, il préférait l'aide offerte par cette ressource. Le personnel, et surtout son ALC, est décrit comme moins intrusif et contrôlant que dans le CCC précédent.

À la suite de sa révocation, de nouvelles conditions légales se sont ajoutées à celles qui lui avaient été initialement prescrites. Ainsi, le sujet a été assigné à résidence jusqu'à l'expiration de son mandat et doit suivre certaines conditions, telles que s'abstenir de faire usage de drogues et d'alcool, d'éviter certaines personnes (ses victimes et des membres de ses anciens groupes d'appartenance), de suivre un traitement prescrit pour sa déviance sexuelle, d'aviser son ALC de toute nouvelle relation affective et de ne pas se retrouver en présence de personne de sexe féminin de moins de 18 ans sans la présence d'un adulte responsable informé de ses délits sexuels. À la suite de sa première révocation, le sujet a dit mieux comprendre le rôle de son ALC et les interventions faites afin de s'assurer du respect de ses conditions de libération. Cependant, certaines conditions sont demeurées tout de

même trop intrusives à ses yeux, notamment celle où il doit informer toute nouvelle conjointe de ses délits de nature sexuelle. Il a également comparé certaines demandes d'informations de son ALC à des interrogatoires de police, ce qu'il a qualifié de contrôle excessif à son égard. De la même façon, les contacts que son ALC peut faire auprès des différents intervenants impliqués dans sa réinsertion sociale sont perçus comme abusifs. De plus, un plan de réinsertion sociale strict a été élaboré par son ALC, dans la continuité des conditions légales prescrites. Ainsi, la mise en branle de ses projets d'avenir (études/emploi), la gestion de son temps libre et ses relations sont encadrés à l'aide de ce plan établi. Les rencontres de Jonathan avec son ALC, initialement prévues à raison d'une rencontre par semaine, ont finalement été plus nombreuses, soit entre deux et trois par semaine. En effet, il est apparu que plusieurs situations quotidiennes pouvant être source de stress et de colère devaient rapidement être reprises avec le sujet afin d'éviter la dramatisation, la rumination de sentiments négatifs et la dégradation exagérée de la situation vécue.

Le suivi thérapeutique au CPLM, assuré par un criminologue, a été repris lors de son deuxième retour dans la collectivité à raison d'une heure par semaine. Jonathan entretient une vision positive de ce suivi, qu'il décrit comme un lieu où il peut se confier sur des sujets qu'il ne peut aborder ailleurs. Ainsi, ses relations avec les femmes, la honte entretenue par rapport à celles-ci et ses préoccupations d'ordre sexuel sont abordés, en plus du suivi effectué au sujet des situations à risque et des éléments importants concernant sa réinsertion sociale. De plus, Jonathan est aussi vu de manière ponctuelle par le psychiatre de l'équipe pour le suivi de la médication introduite pour stabiliser son humeur.

Lors de son retour dans la collectivité, Jonathan avait déjà en tête un plan d'avenir précis. Les thèmes de l'emploi et des relations affectives sont les éléments centraux de sa réinsertion sociale. D'ici les 10 prochaines années, Jonathan souhaite avoir un emploi payant afin de pouvoir s'offrir un rythme de vie confortable et s'acheter plusieurs biens matériels. Il est sûr d'obtenir rapidement un emploi quand il aura complété son secondaire V et son cours professionnel en plomberie. Il aspire également à retourner vivre dans sa ville natale, en banlieue de Montréal, là où les agressions ont eu lieu, afin de s'y établir avec sa future conjointe et fonder une famille. Reprendre contact avec sa fille, issue de la dernière agression sexuelle commise, fait aussi partie de ses souhaits, bien qu'il sache que

cela est impossible. Finalement, Jonathan rapporte qu'après quelques années passées dans la collectivité, il entreprendra des démarches légales afin de faire enlever certaines conditions de son ordonnance de surveillance de longue durée (OSLD), notamment celle concernant la consommation d'alcool et la fréquentation de mineurs. En effet, l'imposition de ces conditions n'avait pas lieu d'être selon lui, puisqu'il ne se reconnaît aucune difficulté ou fragilité sur ces plans. Il est apparu que Jonathan se projette beaucoup dans l'avenir et semble entretenir des idéaux irréalistes par moments. En effet, il n'entrevoit aucune embûche possible dans l'actualisation de tous ses projets.

Depuis sa détention préventive, Jonathan est célibataire. Il nomme un profond désir d'être en couple et de fonder une famille. Selon ses dires, connaissant sa vulnérabilité sur le plan affectif, il souhaite prendre son temps pour rencontrer une femme sérieuse, afin de pouvoir bâtir une relation stable. Cependant, ses propos et ses actes laissent transparaître des préoccupations plus importantes que ce qu'il rapporte aux différents intervenants. Par exemple, il a échangé son numéro de téléphone avec une inconnue rencontrée dans la salle d'attente d'une clinique, a lancé plusieurs invitations aux différentes professionnelles impliquées dans sa réinsertion sociale, etc. Il semble que le sujet crée rapidement une fausse proximité avec les personnes rencontrées et se rapproche vite de celles-ci, ce pour quoi il doit fréquemment être recadré.

Par ailleurs, le réseau social de Jonathan est plutôt restreint, se résumant essentiellement à sa famille. En effet, la mère de Jonathan ainsi que sa sœur et ses jeunes enfants sont très significatifs et positifs pour lui. Plus particulièrement, Jonathan considère sa sœur comme sa confidente. Lors de son traitement à l'IPPM, la famille de Jonathan a été très impliquée dans son cheminement thérapeutique, en participant à des rencontres familiales et en entretenant des contacts avec les professionnels. De cette façon, la famille de Jonathan pouvait comprendre le processus dans lequel il s'impliquait et les situations pouvant être à risque chez lui. Cependant, depuis son présent retour dans la collectivité, aucune rencontre familiale n'a pu être planifiée. En effet, quand le criminologue a proposé d'organiser une telle rencontre, Jonathan a préféré retarder le projet, en disant qu'il ne voulait pas déranger sa sœur. Ainsi, la famille de Jonathan, malgré l'importance qu'elle prend pour lui au quotidien, semble être moins impliquée dans sa réinsertion sociale que lors de son traitement. Par ailleurs, les contacts avec ses anciens groupes de pairs ont été coupés en

raison de son incarcération puisque Jonathan se dit conscient que de renouer avec eux serait de retourner à ses anciens « patterns ». Le sujet dit vouloir profiter de son retour aux études pour se refaire un réseau social plus positif. Cependant, au fil des semaines, Jonathan a tout de même repris contact avec certains membres de ses anciens groupes de pairs par le biais d'Internet, notamment une ancienne conjointe. Finalement, l'ensemble des sorties permises jusqu'à maintenant se résume à des visites chez sa sœur, puisqu'il rapporte ne pas avoir l'argent nécessaire pour faire les loisirs et les sorties coûteuses qui lui conviendraient. Jonathan passe donc une grande partie de son temps au CCC, sans activité ni projet à réaliser afin de s'occuper.

Par ailleurs, à raison d'environ une fois toutes les deux semaines, Jonathan passe quelques heures avec un aumônier, connu au pénitencier, qui lui offre une source de soutien dans son cheminement personnel et dans sa réinsertion sociale.

Dès les premiers jours suivant son retour dans la collectivité, Jonathan a commencé une recherche active d'emploi, par le biais d'OPEX (service d'emploi pour les personnes adultes judiciarisées), afin de se maintenir occupé. En effet, le sujet se reconnaît une vulnérabilité à demeurer inactif, ceci faisant augmenter son sentiment d'ennui et de solitude. Avec l'aide d'OPEX, il s'est rapidement trouvé un emploi dans une usine de jouets, qu'il a toutefois perdu la journée même. À la demande de son ALC, Jonathan devait informer son employeur de l'existence de son casier judiciaire, ce qui a précipité la perte de son emploi. Il a donc par la suite pris un emploi de quelques heures par semaine dans une épicerie près du CCC, travail qui devait être temporaire puisqu'il n'était pas déclaré. Jonathan nomme clairement que ces emplois, peu valorisants selon lui, ne sont que transitoires, vu le retour aux études prévu à l'automne suivant, afin de terminer son secondaire V et de suivre un cours en plomberie. Au fil des semaines, Jonathan a cessé sa recherche d'emploi et a continué de travailler à l'épicerie, bien qu'on l'ait averti que la situation ne devait pas durer.

Lorsque questionné sur l'impact de son traitement à l'IPPM sur sa réinsertion sociale, Jonathan se dit convaincu que celui-ci a été déterminant. Il n'arrive cependant qu'à nommer et décrire seulement quelques-unes des situations à risque identifiées en cours de traitement. Il s'est dit conscient que certaines situations demeurent « délicates », telles

qu'une implication dans des relations conjugales inadéquates et la projection d'une image négative mais valorisante pour lui. Il ne considère toutefois plus ces situations comme un risque de récurrence. Dans le même ordre d'idées, il a dit ne plus avoir de difficulté à se centrer sur son « vrai moi », mais en cours d'entrevue, il nous a donné plusieurs exemples de son ancien style de vie où il était craint et où il avait du pouvoir sur tous. Par ailleurs, il se dit conscient qu'il doit encore faire un effort afin de valider ses perceptions. En effet, en cours de suivi, nous avons pu constater plusieurs éléments d'interprétation dans ses propos, notamment en ce qui concerne des interventions perçues comme étant du contrôle de la part de son ALC et des opinions qu'elle pouvait entretenir à son égard. De la même façon, il demeurait convaincu que l'ensemble des femmes le jugeait vu le type de délits qu'il avait commis. Au niveau de la diminution de ses attentes élevées et de son besoin d'approbation d'autrui, Jonathan croit cet objectif atteint. Cependant, autant sur le plan de son suivi au CPLM que de celui fait par son ALC, Jonathan demande constamment qu'on valide ses dires et ses actions.

En cours de suivi, il est clairement apparu que les situations considérées à risque lors de son traitement le sont demeurées et que d'autres situations devaient aussi être surveillées. En effet, après quelques semaines de liberté, le sujet a commencé à mentionner en cours d'entrevue qu'il avait « soif ». Cependant, le sujet a persisté à dire que la consommation d'alcool n'était pas une situation à risque pour lui. Il est également apparu que les frustrations et le stress l'atteignaient facilement, puisqu'il devait fournir un effort considérable afin de ne pas agir impulsivement et agressivement. Devant des situations difficiles, telles que la perte de son emploi après seulement une journée de travail, Jonathan nomme des idées de violence qui lui viennent automatiquement en tête, sans toutefois les actualiser. De plus, lors d'une rencontre conjointe de suivi avec son ALC et le criminologue du CPLM afin de faire une mise au point après environ cinq semaines en collectivité, d'autres situations à risque ont été ciblées. En effet, Jonathan a avoué les scénarios qu'il se faisait à propos d'une possible rencontre avec une de ses victimes, soit son ex-conjointe, afin de revoir sa fille. Il est de plus apparu plus clairement qu'il arrivait difficilement à gérer son temps libre, son sentiment d'ennui et de solitude, et que ceci pouvait le ramener rapidement à certaines situations à risque identifiées chez lui sur les plans affectif et relationnel. De plus, il a reconnu que le fait de se sentir contrôlé par autrui peut être problématique et entraîner des réactions inadéquates de sa part. Au fil des semaines,

Jonathan a mentionné régulièrement son désir de se bâtir une vie honnête, loin de ce qu'il a connu dans le passé. Cependant, il nomme aussi la facilité qu'il aurait à retourner à son mode de vie antérieur, ou encore, à retourner au pénitencier, là où il n'aurait plus à se poser de questions lorsqu'il doit faire face à des difficultés au quotidien. L'ambivalence décrite par le médecin traitant de l'IPPM en fin de traitement semble donc encore présente chez Jonathan.

La libération d'office de Jonathan a été suspendue à nouveau en juillet 2009. Son retour au pénitencier est en partie dû à un manque de transparence et au non-respect de ses conditions légales. Un retour à ses « patterns » comportementaux inadéquats a également précipité sa réincarcération. En effet, à la suite d'un conflit et d'une confrontation avec un résident du CCC, une escalade de violence a été amorcée par Jonathan. Par ailleurs, un profil Internet créé par le sujet affichait des photos à connotation sexuelle de femmes et d'autres images faisant référence à la violence. Il cherchait également, par le biais de ses contacts Internet, à avoir accès au profil de sa victime et à des photos de sa fille, situation jugée à risque quelques semaines plus tôt. Encore par l'entremise de ce site Internet, le sujet avait également repris contact avec une ancienne conjointe, qui faisait partie d'anciens groupes négatifs fréquentés par Jonathan avant son incarcération.

## **4.2 Étude de cas 2 (Jocelyn)**

### **4.2.1 Histoire criminologique**

Jocelyn est un homme âgé de 52 ans, divorcé deux fois et père de quatre enfants, nés de sa première union. En juin 2001, le sujet a été condamné à une deuxième peine d'emprisonnement de six ans, pour un délit d'agression sexuelle. Il a été libéré d'office en juin 2005, alors que l'expiration de son mandat a eu lieu en juin 2007. Ayant été déclaré délinquant à contrôler, Jocelyn se soumet présentement à une ordonnance de surveillance de longue durée de 10 ans, soit jusqu'en 2017.

Aucun antécédent psychiatrique ni tentative de suicide ne sont mentionnés au dossier de Jocelyn. Lors de son séjour à l'IPPM, des diagnostics de pédophilie bisexuelle, de type non exclusif, et de dépendance à l'alcool en rémission ont été posés sur l'axe I, alors que des traits de personnalité dépendante ont été retenus sur l'axe II.

La carrière criminelle de Jocelyn apparaît homogène, centrée sur l'agression sexuelle d'enfants, autant de sexe masculin que féminin. À l'adolescence, aucun antécédent officiel n'est mentionné à son dossier. Cependant, Jocelyn a avoué avoir abusé sexuellement de sa sœur cadette sur une période d'environ 12 ans et avoir aussi fait des attouchements sexuels sur une de ses jeunes voisines lorsqu'il était adolescent. Dans sa vie adulte, Jocelyn rapporte avoir comparu devant le tribunal disciplinaire militaire en 1981, pour des attouchements commis sur une fillette de 8 ans. C'est en 1983 que son casier judiciaire s'est toutefois ouvert officiellement, puisqu'il a été trouvé coupable de grossière indécence pour s'être exhibé devant deux fillettes. En 1991, Jocelyn a reçu une première sentence fédérale d'une durée de cinq ans, après avoir été reconnu coupable d'agressions sexuelles sur ses quatre enfants (deux garçons et deux filles), ainsi que sur une de ses nièces. Les agressions se sont déroulées sur une période de quatre ans, soit lorsque les enfants atteignaient l'âge prépubère, et ont pris la forme d'attouchements et de masturbations mutuelles.

Jocelyn provient d'une famille nombreuse, où il est le 9<sup>e</sup> enfant d'une fratrie de 10. Le milieu familial dans lequel le sujet a grandi est décrit comme rigide et sévère. Jocelyn était un enfant isolé qui socialisait peu. En effet, le sujet n'avait pas d'amis et dit avoir été proche seulement de ses frères et sœurs, plus particulièrement d'un de ses frères aînés et de sa sœur cadette, avec qui il formait une cellule distincte au sein de la famille. Cette unité semble avoir été renforcée par une proximité physique. En effet, en raison du manque de place à la maison, les enfants devaient dormir à deux ou trois dans un même lit, ce qui semble avoir créé un climat de promiscuité sexuelle. C'est dans ce contexte que des échanges sexuels entre Jocelyn et son frère aîné ont débuté, prenant la forme de masturbations. Par la suite, des contacts sexuels ont aussi été amorcés par Jocelyn envers sa jeune sœur, alors que celui-ci était âgé d'environ 8 ans. Ces abus sexuels se sont prolongés jusqu'à ce que le sujet atteigne l'âge de 20 ans. Au fil des ans, les contacts sexuels sont devenus de plus en plus génitalisés, jusqu'à en arriver à des relations sexuelles complètes lors de la dernière année. Cette relation semble avoir été déterminante pour le sujet, puisqu'il aurait souhaité épouser sa sœur, si cela avait été permis.

Le sujet a commencé sa consommation d'alcool vers l'âge de 15 ans. Celle-ci est rapidement devenue problématique, puisque dès l'âge de 16 ans, il buvait l'équivalent d'environ 12 bières par jour. Cette consommation s'est maintenue jusqu'en 1991 et a cessé



lors de sa première peine d’incarcération, à la suite de quoi il serait devenu abstinent. Jocelyn rapporte aussi avoir consommé de la cocaïne à plusieurs occasions afin de contrer l’effet dépressif de l’alcool, sans toutefois avoir développé de dépendance à cette drogue, selon ses dires.

Jocelyn a interrompu ses études après avoir terminé sa 10<sup>e</sup> année. Dès sa majorité, il s’est engagé dans l’armée, emploi qu’il aimait pour le cadre qu’il lui offrait. En 1983, sa carrière militaire a toutefois pris fin, après qu’il eut été trouvé coupable de grossière indécence. Par la suite, il a occupé divers emplois (entretien ménager, esthétique automobile, etc.). Le sujet rapporte n’avoir jamais eu de difficulté à conserver ses emplois puisqu’il y offrait un rendement satisfaisant. Il apparaît cependant que la sphère occupationnelle a été surinvestie par le sujet et qu’elle était devenue une échappatoire lorsque des difficultés apparaissaient dans d’autres sphères de vie.

Sur le plan de l’intimité, d’importantes difficultés sont ressorties des deux mariages de Jocelyn. À l’âge de 18 ans, le sujet s’est marié avec sa première conjointe, union qui a duré 12 ans, de laquelle sont issus ses quatre enfants. Ce premier mariage a pris fin en 1991, après le dévoilement des abus sexuels commis. Jocelyn a connu sa seconde épouse pendant sa première incarcération, par le biais de rencontres AA, et a demeuré avec elle pendant près de 7 ans. Dans chacune de ces relations, plusieurs difficultés conjugales de même nature sont rapidement apparues, notamment sur les plans de la communication, de la gestion des conflits et dans l’expression de ses attentes et de ses besoins. À un moment ou à un autre de la relation, Jocelyn dit avoir senti un détachement affectif et sexuel de la part de ses conjointes, auquel il a tenté de remédier en assumant plus de responsabilités familiales afin d’être reconnu et considéré par celles-ci. Cependant, cette distance conjugale a amené Jocelyn à vivre plusieurs sentiments négatifs, soit du rejet, l’impression d’être rabaissé, ridiculisé et de ne pas être reconnu à sa juste valeur. C’est d’ailleurs dans ce contexte de difficultés conjugales que les infractions sexuelles qui lui sont reprochées se sont produites.

Autant à l’adolescence qu’à l’âge adulte, Jocelyn semble avoir été une personne isolée, cherchant peu à s’entourer. Les membres de sa fratrie, avec qui les liens sont maintenant rompus depuis plusieurs années, et ses conjointes constituaient alors l’ensemble de son réseau social.

Les agressions sexuelles lui ayant valu sa deuxième sentence fédérale se sont déroulées sur une période de quatre ans. Elles ont débuté lorsque la victime, le fils de sa conjointe, était âgée de 13 ans et ont pris la forme d'attouchements, de masturbations et de fellations mutuelles, ainsi que des tentatives de sodomie. Jocelyn a expliqué ses gestes en disant qu'il a entretenu l'illusion d'un rapprochement affectif avec sa victime, ce qui lui manquait alors dans sa relation conjugale.

Pour l'ensemble des délits commis, Jocelyn ne minimise aucunement les actes commis et se reconnaît une problématique de déviance sexuelle. En effet, malgré son attirance pour les femmes adultes, Jocelyn avoue être envahi par des fantasmes sexuelles déviantes à l'égard des enfants, plus particulièrement envers des fillettes âgées de 9-10 ans. La présence d'intérêts sexuels déviants a été confirmée lors du séjour de Jocelyn à l'IPPM. Les résultats de sa première évaluation phallométrique ont révélé un profil valide et déviant (indice de 1,89), où l'amplitude pénienne la plus élevée a été enregistrée lors de la présentation de scénarios de contacts sexuels avec des fillettes prépubères, dans un contexte de soumission.

#### 4.2.2 Traitement

Jocelyn a été admis à l'IPPM au mois de janvier 2002. Il s'agissait alors de sa quatrième implication dans un traitement en délinquance sexuelle. En 1985, il a pris part à un premier traitement au CPLM (18 mois), qui était une des conditions légales imposées dans le cadre d'une probation. En 1991, lors de sa première incarcération, Jocelyn a complété le programme VISA, conçu pour les pères incestueux. Finalement, il a complété en 1994 le programme offert en consultation externe du Centre d'étude et de recherche de l'Université de Montréal (CÉRUM). Étant conscient de son lourd passé en matière de délinquance sexuelle et de l'échec des traitements déjà suivis, Jocelyn considérait son passage à l'IPPM comme sa dernière chance de réhabilitation et disait vouloir en profiter. Ainsi, sa motivation au traitement paraissait élevée.

En début de traitement, l'équipe a noté que Jocelyn semblait avoir, depuis longtemps, le réflexe d'adopter les comportements qu'il croyait qu'on attendait de lui afin d'éviter la critique. C'est d'ailleurs l'adoption de ce genre de comportement qui semblait avoir permis au sujet d'offrir un bon rendement dans ses traitements antérieurs, soit en répondant aux

attentes exigées, sans toutefois être en mesure de mettre à profit les apprentissages réalisés. Ainsi, dès son arrivée à l'IPPM, Jocelyn s'est installé dans un rôle de « bon patient » afin de plaire et de ne pas décevoir le personnel en place. Il est toutefois rapidement apparu qu'il présentait des attentes très élevées, voire irréalistes. L'affirmation de soi du sujet étant déficiente, il arrivait mal à exprimer ses attentes, ses limites et ses frustrations. Devant de telles situations, il préférait s'isoler, fuir les difficultés, adopter des comportements de type passif-agressif et entretenir la perception que son entourage ne le traitait pas comme il le méritait. C'est d'ailleurs ce genre de comportement qui semblait avoir précipité dans le passé l'apparition des comportements pédophiliques. Ceux-ci lui auraient permis de fuir les difficultés et de se réfugier dans un monde où il pouvait entretenir des illusions de relations, d'ordre sexuel certes, mais aussi d'ordre affectif avec les enfants. Les principaux objectifs de traitement de Jocelyn étaient donc d'améliorer son affirmation de soi et d'apprendre à mettre ses limites, à développer sa capacité à gérer sa colère, à exprimer ses frustrations et ses désaccords, à diminuer ses attentes irréalistes et son désir de performance et à formuler des demandes d'aide, afin d'apprendre à mieux communiquer avec les adultes. Finalement, on lui a aussi demandé de faire des liens entre ses difficultés vécues au quotidien et sa déviance sexuelle.

Des progrès ont été notés chez Jocelyn en cours de traitement. En effet, il a été en mesure de formuler des demandes d'aide afin d'être assisté dans différentes situations, notamment en ce qui concerne l'expression de ses frustrations et la mise en place de limites avec ses pairs. Le suivi effectué, par le biais de l'outil d'autogestion des émotions et des fantaisies (AGEF), lui a permis de mieux comprendre les émotions vécues et de mettre des mots sur celles-ci, en plus de faire des liens concrets avec les situations vécues au quotidien. Ainsi, le sujet a appris à reconnaître les signes physiques qui accompagnent les sentiments négatifs. Il a expérimenté concrètement des moyens pour mieux gérer les sentiments vécus, tels que des techniques de relaxation et de respiration, afin d'éviter l'utilisation de fantaisies déviantes. Le recadrage cognitif a aussi été utilisé et enseigné au sujet afin d'éviter la dramatisation excessive des situations lui faisant vivre des sentiments négatifs, par exemple lorsqu'il ne se sentait pas apprécié à sa juste valeur par son entourage. Ceci a aussi été appliqué à ses attentes irréalistes, plus particulièrement à l'égard de personnes significatives pour lui. Il a été invité à de nombreuses reprises à aller vérifier ses perceptions et à être davantage à l'écoute des autres, afin de valider les attentes réelles de ceux-ci à son égard,

afin d'éviter l'accumulation de frustrations et de sentiments négatifs. Cela lui a aussi permis de se responsabiliser plutôt que de se sentir victime des situations vécues. Toutefois, un travail important demeurait à faire dans ce domaine, le sujet se dépréciant rapidement et ayant encore de la difficulté à mettre ses limites sans aide. Finalement, grâce à un calendrier spécialement conçu à cette fin, le sujet a été en mesure de faire des liens entre les émotions, les stress et l'apparition de fantaisies sexuelles déviantes.

À la suite de sa participation au groupe de prévention de la récidive, le sujet a fait une bonne intégration de son cycle d'agression, des situations à risque chez lui et du risque de récidive qu'il présentait. Ainsi, Jocelyn a convenu que le fait de s'isoler, d'accumuler les frustrations, de ne pas parler de ses difficultés, notamment sur le plan conjugal, de ne pas demander d'aide, de se réfugier dans le travail et de consommer pouvait le mettre à risque de récidive. De plus, créer des liens affectifs avec des enfants, se retrouver seul avec ceux-ci et entretenir des fantaisies sexuelles les impliquant constituaient également des situations à haut risque de récidive. Jocelyn a été en mesure d'identifier l'ensemble de ces situations, de reconnaître les conséquences possibles et les moyens à prendre afin de les éviter ou de les gérer. En fin de traitement, Jocelyn nommait avoir encore des fantaisies sexuelles déviantes. Cependant, il disait utiliser diverses techniques apprises pour les gérer. La deuxième évaluation phallométrique à laquelle Jocelyn s'est soumis a fait ressortir un profil valide mais non déviant, où un indice de déviance de 0,95 a été calculé.

Globalement, la milieuthérapie a été bénéfique pour le sujet. Celle-ci lui a permis de prendre conscience de ses difficultés au quotidien, de mettre en pratique les apprentissages faits et de les intégrer davantage. Selon son médecin traitant, Jocelyn a fait des efforts au quotidien afin de se centrer sur sa façon d'être en relation et pour exprimer plus clairement ses insatisfactions et ses attentes. Vu le faible niveau d'intégration remarqué lors de ses traitements antérieurs, son défi demeurait toutefois de poursuivre le travail amorcé à l'IPPM et de généraliser ses acquis dans la collectivité. Cependant, le retour progressif et encadré de Jocelyn dans la collectivité (assignation à résidence, suivi thérapeutique spécialisé, etc.) permettait de croire en une évolution positive de sa part lors de sa libération. Finalement, l'équipe a souligné que Jocelyn allait devoir, lors de sa libération, s'appliquer à trouver un équilibre entre ses différentes sphères de vie et à exprimer ses besoins malgré son désir de respecter ceux des autres.

#### 4.2.3 Retour dans la collectivité

Le traitement de Jocelyn s'est terminé en février 2003. Alors qu'il croyait retourner à son pénitencier d'origine, il a plutôt été transféré dans un établissement à sécurité minimale où il a participé à un groupe de maintien des acquis afin de consolider les apprentissages faits à l'IPPM.

Jocelyn a été libéré d'office en juin 2005, s'étant vu refuser une demande de libération conditionnelle en décembre 2004. Il a été assigné à résidence pendant 19 mois dans un centre résidentiel communautaire (CRC) de Montréal. Son passage en maison de transition semble avoir eu un impact positif sur sa réinsertion sociale, vu les besoins importants d'adaptation et d'encadrement notés chez le sujet lors de sa libération. Ceci lui a permis de consolider les apprentissages faits en traitement et de les appliquer en recevant l'aide et l'appui nécessaire. Pendant ces 19 mois, Jocelyn a participé à l'ensemble des programmes offerts par le CRC : activités d'auto-observation, relaxation, groupe d'habiletés sociales et gestion de la colère/stress. Il a de plus été accompagné par des intervenants de la ressource dans ses démarches d'emploi et sur le plan affectif, lorsque cela a été nécessaire. Bien qu'il décrive son séjour au CRC comme ayant été essentiel, il a toutefois déploré la durée de cette assignation à résidence, qu'il qualifie d'exagérée. Ainsi, lorsque celle-ci a été levée en 2007, le sujet a actualisé son projet de cohabitation avec sa conjointe, avec qui il demeure encore aujourd'hui.

Plusieurs conditions légales sont imposées à Jocelyn depuis sa libération. En effet, il est dans l'obligation de suivre le traitement en délinquance sexuelle prescrit, de s'abstenir de faire usage d'alcool et de drogues, d'éviter certaines personnes, soit des personnes mineures sans qu'il soit accompagné d'une personne adulte responsable informée de sa déviance sexuelle et autorisée par son ALC, de ne pas demeurer dans la même résidence qu'une personne mineure et d'aviser son ALC de tout changement dans sa situation conjugale. D'autres conditions lui ont aussi été imposées au fil du temps, soit avertir son ALC lorsqu'il quitte un rayon de 50 kilomètres entourant son domicile, être inscrit au registre des délinquants sexuels pour une durée de 20 ans et se soumettre à des visites surprises faites de la part d'agents correctionnels. Dans la continuité de ses conditions légales, le plan de réinsertion sociale de Jocelyn visait essentiellement la gestion de son temps et de ses

relations, encadré par son ALC et les intervenants de la maison de transition, son implication dans son suivi thérapeutique, son retour sur le marché de l'emploi et le maintien de sa sobriété. Différents contacts entre les intervenants impliqués ont eu lieu, plus fréquemment au cours de ses premiers mois de libération, afin de veiller au respect de ce plan de réinsertion sociale. Jocelyn voit l'ensemble de ces mesures comme un aveu de méfiance à son égard et à un contrôle inutile de la part de son ALC. Il voit de l'intrusion dans la vérification de ses conditions légales puisque selon lui ses « preuves » sont faites depuis longtemps. Malgré l'allègement noté dans ses conditions (suivi bimensuel plutôt qu'hebdomadaire, diminution des tests de dépistage), le sujet adopte un ton sarcastique et irrité lorsqu'il aborde le suivi fait par son ALC.

Sur le plan thérapeutique, Jocelyn a entrepris en juin 2005 un suivi concernant sa problématique de délinquance sexuelle au CPLM avec un criminologue. Initialement hebdomadaire, la fréquence du suivi a graduellement diminué jusqu'à en arriver à des rencontres mensuelles au cours de la dernière année. Ce suivi s'inscrivant dans la continuité du traitement complété à l'IPPM, Jocelyn le juge utile puisqu'il lui permet de continuer de travailler sa problématique de pédophilie. Au cours de ces quatre années, les thèmes abordés ont principalement touché différentes composantes de sa réinsertion sociale, plus particulièrement le déroulement de son assignation à résidence, son rendement au travail, sa relation conjugale et les différentes difficultés vécues au quotidien dans l'ensemble de ces sphères, en lien avec les objectifs poursuivis en traitement. Ainsi, plusieurs interventions ont porté sur l'affirmation, la communication et les attentes entretenues par le sujet dans différentes situations et par rapport aux personnes significatives. Par ailleurs, vu la présence d'intérêts sexuels déviants chez Jocelyn, un suivi à ce sujet est aussi fait à chacune des rencontres. Jocelyn dit utiliser les moyens appris en traitement pour gérer ses fantaisies sexuelles déviantes et en parler avec les professionnels lorsque cela est nécessaire. Cependant, aucune fantaisie sexuelle déviante n'a été rapportée par le sujet depuis le début de son suivi au CPLM en juin 2005. Le sujet a cependant nommé en cours de suivi certaines préoccupations sexuelles. Il a admis avoir commencé la prise de médication en raison de difficultés érectiles.

Avant son passage à l'IPPM, Jocelyn se percevait comme un « homme fini », pour qui aucune réinsertion sociale n'était possible vu ses échecs antérieurs. Cependant, lors de son

retour dans la collectivité, la vision Jocelyn quant à son avenir avait changé. En effet, il souhaitait « avoir sa chance » et se rebâtir une vie simple et honnête, ce qu'il croyait possible après son traitement à l'IPPM. À long terme, Jocelyn désirait occuper un emploi qu'il aime et entretenir une relation durable avec une femme sans répéter les erreurs passées.

Étant célibataire lors de sa libération, Jocelyn se reconnaissait alors un désir d'être en relation, en nommant des besoins d'ordre affectif et sexuel. Le sujet a rencontré sa conjointe actuelle quelques mois après le début de son séjour au CRC et ils sont maintenant en couple depuis plus de quatre ans. Avec l'aide des différents intervenants impliqués dans sa réinsertion sociale, le sujet a informé sa conjointe de ses délits après quelques semaines de fréquentation. Plusieurs rencontres de couple ont eu lieu dans le cadre de son suivi au CLPM, notamment pour familiariser la conjointe de Jocelyn avec son cycle d'agression. Les relations conjugales pouvant être une situation à risque pour le sujet, des rencontres ont également porté sur l'importance de ne pas tout centrer sur leur vie de couple et de maintenir des frontières au sein de leur relation. Jocelyn perçoit cette relation affective de manière très positive. En effet, en plus de se dire comblé sur les plans affectif et sexuel, il affirme que sa conjointe est une source importante de soutien pour lui. Elle l'aide à accepter ses conditions légales et à dédramatiser les frustrations vécues par rapport à celles-ci. Se souvenant de ses anciennes relations, Jocelyn nomme maintenant l'importance de la communication au sein de son couple et le devoir qu'ils se font de régler les difficultés au fur et à mesure qu'elles se présentent.

La conjointe de Jocelyn fait partie intégrante de son réseau social. En effet, comme nous l'avons mentionné précédemment, Jocelyn a toujours été plutôt isolé socialement, ne recherchant pas la présence d'amis. N'étant plus en contact avec ses enfants et sa famille depuis 1990, sa conjointe et la famille de celle-ci composent la majeure partie de son réseau social. Il rapporte avoir quelques amis de couple avec qui ils font diverses activités à l'occasion (souper, visites et quilles). Cependant, le sujet a peu d'activités de loisirs planifiées, bien qu'il dise maintenant prendre davantage de temps pour lui.

Sa belle-famille, ses quelques amis et des collègues connaissent sa problématique de déviance sexuelle et sont une source de soutien sur qui Jocelyn dit pouvoir compter. Les

intervenants qu'il a connus lors de son passage au CRC sont également demeurés significatifs pour lui. En effet, il se rend encore à l'occasion à la maison de transition pour les voir et les appelle au besoin. Finalement, il fréquente depuis plus de 15 ans un groupe AA. Alors qu'il se présentait hebdomadairement aux rencontres pendant les premiers mois suivant sa libération, il s'y rend maintenant au besoin. Ce groupe est également une source positive de soutien pour lui. En effet, ces personnes se disaient prêtes à accueillir Jocelyn à sa sortie de l'IPPM et à le « surveiller » lors de son retour dans la collectivité.

Dès son retour dans la société, Jocelyn a repris l'emploi qu'il occupait dans le domaine de l'esthétique automobile pendant les sept années précédant son incarcération. Lors de son traitement à l'IPPM, son employeur l'avait assuré qu'il pourrait reprendre son poste dès sa libération. Jocelyn a donc retrouvé son emploi en juin 2005. Il dit y avoir été bien accueilli, sans avoir senti de jugement, ce qu'il appréhendait énormément. Le milieu semble également compréhensif à son égard, notamment quand il est question de ses absences pour des rendez-vous d'ordre thérapeutique ou légal. Jocelyn considère qu'il occupe un emploi valorisant, où il se sent apprécié, estimé et où il obtient un salaire satisfaisant. Le travail étant une sphère qui a toujours été importante pour Jocelyn, son emploi actuel semble répondre à ses besoins, bien qu'il mentionne prendre soin de maintenir un équilibre entre celui-ci et sa vie personnelle.

Lorsqu'on le questionne davantage sur l'impact de son traitement à l'IPPM sur sa réinsertion sociale, Jocelyn se dit convaincu que celui-ci a été central. Il se souvient des situations qui avaient été identifiées comme étant à risque lors de son traitement en 2002, situations qui représenteraient encore, selon lui, un danger si elles s'actualisaient, malgré son évolution positive. Selon Jocelyn, les situations problématiques identifiées ne se sont pas présentées puisqu'il prend soin d'appliquer les moyens appris en traitement pour les gérer avant qu'elles ne se présentent. Encore aujourd'hui, le sujet se reconnaît une problématique de pédophilie et ne nie pas son attirance pour les enfants. Il nomme le fait d'être seul en présence de ceux-ci comme étant la situation constituant le plus grand risque. Cependant, ceci ne se serait pas produit jusqu'à maintenant, puisque sa conjointe l'accompagne dans la majorité de ses sorties et déplacements. Selon Jocelyn, son choix de mettre l'ensemble de son entourage au courant de sa déviance sexuelle, autant dans sa vie



personnelle que professionnelle, lui assure qu'il est l'objet d'une certaine « surveillance », ce qu'il trouve parfois lourd, mais tout de même nécessaire.

Jocelyn reconnaît avoir encore de la difficulté à mettre ses limites, surtout auprès de personnes significatives, malgré le travail fait à ce sujet depuis sa libération. Il serait toutefois davantage en mesure de prendre du recul par rapport à un conflit et de revenir s'expliquer aux personnes concernées par la suite. Lors de son séjour en transition, il était en effet mentionné que Jocelyn présentait encore des difficultés à s'affirmer et qu'il semblait vivre beaucoup de stress en lien avec le désir de plaire. Le même constat a été fait dans son suivi au CPLM, où l'équipe a de plus relevé que le sujet devait encore faire des progrès quant à ses attentes élevées et à leur expression. Le suivi qu'a eu Jocelyn dans la collectivité a toutefois laissé transparaître qu'il était maintenant capable d'exercer des demandes d'aide en cas de difficulté. En effet, il est apparu que dans diverses situations vécues (crainte du retour au travail après cinq ans d'incarcération, suicide d'une personne significative, etc.), Jocelyn est allé chercher des conseils, de l'écoute et de l'accompagnement auprès de différents intervenants et dans son entourage. Ainsi, après quatre années passées dans la collectivité, les différents professionnels entourant Jocelyn ont constaté qu'une stabilité s'était installée dans ses différentes sphères de vie et qu'il appliquait plus spontanément des apprentissages faits lors de son traitement. Ainsi, le cheminement de Jocelyn laisse croire à une généralisation des acquis réalisés en traitement.

### **4.3 Étude de cas 3 (Pierre-Paul)**

#### **4.3.1 Histoire criminologique**

Pierre-Paul est un homme âgé de 37 ans, d'origine haïtienne, divorcé et père d'une fillette de 9 ans. En décembre 2000, il a reçu une première sentence fédérale, d'une durée de 12 ans, pour des délits d'agression sexuelle armée, d'enlèvement, de vol qualifié et de menaces de mort. Il a obtenu sa libération conditionnelle en juin 2008, alors que sa libération d'office était prévue en décembre 2008, et l'expiration de son mandat est prévue en décembre 2012.

Aucun antécédent psychiatrique ni tentative de suicide ne sont mentionnés au dossier du sujet. Lors de son séjour à l'IPPM, un diagnostic de paraphilie non spécifiée a été posé pour l'axe I, alors qu'un trouble de personnalité antisociale a été retenu pour l'axe II.

Officiellement, aucun antécédent criminel n'apparaît au dossier de Pierre-Paul. En cours de traitement, le sujet a toutefois avoué avoir participé à des viols collectifs sur de jeunes filles lorsqu'il était adolescent. Il aurait également commis des voies de fait à l'endroit de personnes âgées, sans raison particulière, et a rapporté avoir pris plaisir à commettre ces délits. À l'âge adulte, il a avoué avoir fait une tentative d'agression sexuelle et de séquestration sur une jeune femme quelques mois avant le délit actuel.

Pierre-Paul est né en Haïti, au sein d'une famille recomposée, où il est le sixième enfant d'une fratrie de neuf. La mère du sujet étant infirmière et son père propriétaire d'un magasin d'alimentation, il semble qu'il ait grandi dans un milieu aisé. Cependant, un climat de terreur régnait au sein du foyer familial. Le père du sujet étant un partisan actif du régime politique de Duvalier, il adoptait à l'endroit de sa famille des comportements extrêmement violents. Cette violence aurait diminué lorsque le père du sujet, alors âgé de 12 ans, a été victime d'un accident vasculaire cérébral qui l'a laissé paralysé. Pierre-Paul a entretenu pendant toute son adolescence de forts ressentiments à l'égard de son père et caressait l'idée de s'enrôler dans la milice afin de pouvoir le tuer dans le cadre de ses fonctions. À l'âge de 18 ans, Pierre-Paul a quitté Haïti pour immigrer au Canada avec l'ensemble de sa famille, à l'exception de son père. En effet, vu ses limitations physiques, celui-ci n'a pu être admissible à l'immigration. Ceci a marqué la fin des contacts entre le père du sujet et le reste de la famille.

Pierre-Paul avait déjà complété l'équivalent d'un secondaire IV en Haïti. À son arrivée au Québec, il a tenté un retour aux études afin d'obtenir son diplôme d'études secondaires. Il a finalement abandonné ce projet au profit du marché du travail. Entre 18 et 28 ans, le sujet a occupé environ cinq ou six emplois, principalement dans les domaines de la restauration et de l'entreposage et n'a jamais été bénéficiaire de l'aide sociale. Ayant entretenu des relations avec plusieurs danseuses nues, desquelles il exigeait qu'elles lui remettent l'argent qu'elles gagnaient, Pierre-Paul avait des entrées d'argent plus importantes que ses revenus de travailleur. Par ailleurs, le sujet ne rapporte pas de consommation excessive de drogues

ou d'alcool. Il dit avoir toujours consommé de façon occasionnelle, dans des contextes festifs.

Depuis l'âge de 16 ans, Pierre-Paul a constamment été en couple. Deux relations conjugales semblent avoir été plus significatives pour lui. Il rapporte avoir épousé sa première conjointe alors qu'il était âgé de 20 ans. Après deux ans de mariage, en raison des conflits majeurs qu'ils avaient à propos de l'argent et des nombreuses sorties du sujet, la jeune femme a finalement demandé le divorce. Bien qu'il ne se soit pas remarié, Pierre-Paul a rencontré sa conjointe actuelle en 1996. Le portrait qu'il dresse de cette conjointe est plus positif. En effet, il rapporte que madame avait un emploi stable, que la communication était plus facile entre eux et qu'il n'a jamais eu le désir de lui soutirer de l'argent.

Dans ses relations avec les femmes, Pierre-Paul semble avoir d'importantes préoccupations sexuelles, tout en présentant également des difficultés importantes sur le plan de l'intimité. Avant sa présente condamnation, Pierre-Paul n'a jamais habité avec l'une de ses conjointes, même celle qui est devenue son épouse. Il justifiait cette situation en disant qu'il devait habiter avec sa mère afin de la soutenir financièrement. De plus, pendant de nombreuses années, le sujet a mené une double vie. En effet, pendant qu'il était en couple, le sujet a entretenu des relations extraconjugales de longue durée avec des danseuses érotiques. Malgré le fait qu'il se disait satisfait sur le plan sexuel avec ses différentes conjointes, Pierre-Paul rapporte qu'il ne pouvait s'empêcher d'être infidèle, la sexualité semblant être une préoccupation constante pour lui. Par ailleurs, un rapport de force semblait établi à l'intérieur de ces relations, où le sujet disait dominer ces femmes. Il reconnaît avoir utilisé de manipulation et parfois de violence afin de leur soutirer leur argent. En plus de ressentir un sentiment de supériorité, Pierre-Paul dit avoir aimé le prestige matériel que lui permettait ce mode de vie. Parallèlement, le sujet se montrait jaloux et possessif, en formulant régulièrement des soupçons sur les possibilités qu'elles le trompent, idée qui lui était intolérable.

Le réseau social de Pierre-Paul se résumait aux différentes femmes avec qui il était en relation. Il nomme également quelques amis et connaissances, rencontrés principalement dans les bars érotiques, qu'il semblait davantage côtoyer dans un contexte festif et qui se

sont avérés peu significatifs pour le sujet. Parallèlement, les membres de sa famille, immédiate et élargie, semblaient être positifs et importants pour lui.

Le délit pour lequel Pierre-Paul a été condamné se serait déroulé quelques heures suivant sa rupture avec une maîtresse. Cette séparation, initiée par la jeune femme, aurait fait vivre à Pierre-Paul un sentiment de perte de contrôle qu'il aurait tenté de gérer en consommant alcool et cannabis et en faisant un tour de voiture. C'est dans ce contexte qu'il a aperçu la victime, une jeune fille de 16 ans qui se promenait sur la rue. Il l'a abordée en lui proposant de la raccompagner, ce qu'elle a refusé. Sous la menace d'un couteau, Pierre-Paul l'a contrainte à monter dans la voiture en l'injuriant, lui a bandé les yeux et l'a amenée dans l'appartement vide de sa maîtresse. L'agression sexuelle commise a pris la forme de fellation, de cunnilingus, de tentative de pénétration anale et finalement, de pénétration vaginale avec éjaculation. Pierre-Paul a également uriné sur la victime et l'a forcée à boire cette miction. Après quelques heures de séquestration, il a de nouveau bandé les yeux de la victime, l'a reconduite au lieu initial de l'enlèvement, il l'a menacée de mort et lui a volé des bijoux ainsi qu'une carte d'identité.

Malgré sa reconnaissance de la plupart des faits lui étant reprochés, Pierre-Paul minimisait grandement les impacts du délit sur la victime, en disant qu'il avait seulement eu une relation sexuelle normale avec elle. Selon ses dires, il s'agissait d'actes impulsifs, causés uniquement par la consommation d'alcool et de drogues, et n'ait toute planification de ses gestes. Il n'ait également la présence de fantasmes sexuelles déviantes avant et pendant le délit. Il réfutait aussi le fait d'avoir eu des comportements sexuels déviants par le passé, plus particulièrement des comportements de domination et d'humiliation. Lors de son passage à l'IPPM, la présence d'intérêts sexuels déviants n'a pu être confirmée. En effet, à deux reprises, les évaluations phallométriques ont été invalides, puisque aucune réponse pénienne d'amplitude significative n'a été enregistrée.

#### 4.3.2 Traitement

Pierre-Paul a été admis à l'IPPM en avril 2003 afin de prendre part au traitement pour délinquants sexuels. Il s'agissait alors de sa première participation à un programme de traitement. Bien qu'il ait reconnu minimalement une problématique en délinquance

sexuelle, sa demande de traitement semblait de nature passive. En effet, il n'était pas en mesure de préciser des éléments qu'il souhaitait travailler chez lui puisqu'il ne se reconnaissait aucune difficulté. Dès son arrivée à l'IPPM, sa dynamique de double vie est rapidement réapparue. En effet, on a remarqué qu'il cachait ou manipulait l'information afin de s'assurer qu'elle ne soit pas utilisée contre lui. On décrivait aussi chez lui une passivité et une attitude pouvant être confondues avec de l'indifférence, qu'il affichait au quotidien, peu importe la situation vécue. Il est cependant apparu que Pierre-Paul adoptait, de manière détournée, des attitudes passives-agressives, notamment le sarcasme et la vengeance. Au fil des semaines, on a aussi remarqué chez Pierre-Paul une difficulté marquée à mettre ses limites, à s'affirmer dans des situations où il ne se sentait pas respecté et à recevoir des critiques, ce qui favorisait directement l'apparition de comportements décrits ci-dessus. Par ailleurs, le sujet est apparu méfiant, autant envers les autres patients qu'avec les intervenants. Il accordait peu d'intérêt aux gens qui l'entouraient, en entretenant souvent à leur égard plusieurs distorsions cognitives quant à leur faible valeur en tant que personnes. Finalement, il avait de la difficulté à respecter les femmes, plus particulièrement dans un contexte d'autorité, et devenait parfois inadéquat dans ses comportements devant un refus quelconque de leur part. Ainsi, à la lumière de ces observations, les principaux objectifs de traitement de Pierre-Paul étaient de s'impliquer davantage dans son traitement et dans toute activité entreprise, d'améliorer la qualité de ses contacts avec ses pairs, de respecter les femmes, d'apprendre à valider ses perceptions et d'arriver à formuler des demandes d'aide au besoin. Finalement, l'objectif central du sujet visait l'authenticité.

Le premier tiers du traitement de Pierre-Paul a été difficile. Vu l'attitude nonchalante adoptée par le sujet, il lui a été demandé, à deux occasions, de réfléchir à ses motivations, à son désir réel d'être en traitement ainsi qu'à l'implication qu'il était prêt à y mettre. Un changement radical s'est pourtant produit chez le sujet dans le deuxième tiers de son traitement. En plus de s'impliquer davantage à l'unité de vie et dans les groupes thérapeutiques, Pierre-Paul a révélé des éléments importants à son sujet (historique de violence familiale et délits antérieurs non judiciairisés), ce qui a permis une meilleure compréhension clinique de sa dynamique délictuelle. À la suite de ce changement d'attitude, une amélioration de l'autocritique du sujet a été observée. En effet, il s'est reconnu avoir beaucoup de difficulté à prendre ses responsabilités et une peur soutenue du rejet et du jugement d'autrui. Il a de plus reconnu avoir des comportements impulsifs et

parfois agressifs, souvent basés sur des frustrations mal gérées ou sur de fausses perceptions, telle l'impression d'être jugé à tort par son entourage. Il a également été réceptif aux remarques qui lui ont été adressées concernant l'égoïsme dont il faisait preuve dans ses relations. Ainsi, il s'est appliqué à aller valider de plus en plus fréquemment ses perceptions et à formuler des demandes d'aide aux intervenants. Malgré une importante difficulté à recevoir une critique, une amélioration notable a été observée dans la qualité de ses relations avec ses pairs et dans son empathie. Il a de plus reconnu davantage d'éléments liés à son délit, tournant autour des thèmes de l'agressivité, de l'humiliation, du contrôle et de la vengeance. L'équipe traitante a aussi remarqué, au fur et à mesure que son traitement avançait, que Pierre-Paul a été capable de mettre son image à distance et d'être plus authentique dans sa manière d'être.

Sa participation au groupe de prévention de la récidive lui a permis d'avoir une meilleure compréhension de son cycle délictuel, malgré la présence persistante de distorsions cognitives dans son discours, notamment au sujet de son besoin irrésistible de sexualité. Pierre-Paul a toutefois convenu que le fait d'être dans une relation avec une conjointe vulnérable, de vivre des déceptions amoureuses, de reproduire une dynamique de double vie et d'entretenir des relations extraconjugales pouvaient être des situations qui le plaçaient à risque de récidive. Par ailleurs, la mauvaise gestion de sa colère, de ses frustrations et de son agressivité, le sentiment de se sentir contrôlé et la solitude ont également été jugés comme des situations à risque. Le sujet a donc été en mesure d'identifier l'ensemble de ces situations, de reconnaître les conséquences pouvant y être rattachées et les moyens à prendre afin de les éviter ou de les gérer, par exemple s'investir dans des activités, formuler des demandes d'aide et s'impliquer activement dans sa famille.

Globalement, on a pu faire un bilan positif du séjour de Pierre-Paul à l'IPPM, où l'équipe traitante a considéré que l'ensemble de ses objectifs avait été atteint. En effet, il est apparu qu'il gérait mieux son agressivité, qu'il évitait l'accumulation de ses frustrations en utilisant les techniques apprises et qu'il s'appliquait à vérifier davantage ses perceptions. Il a aussi appris à mieux gérer ses conflits, ce qu'il a fait à plusieurs reprises en demandant de l'aide au personnel. En effet, malgré son évolution, le sujet semblait avoir encore de la difficulté à s'exprimer de manière adéquate avec ses pairs lors de conflits, sans la présence d'intervenants. Par ailleurs, Pierre-Paul a été en mesure d'établir des liens de confiance

avec certains professionnels, bien qu'il soit demeuré méfiant lorsqu'il était questionné. Une nette amélioration a toutefois été remarquée dans la qualité des relations entretenues avec son entourage, autant par l'équipe traitante que par la famille de Pierre-Paul. En effet, il a démontré une attitude d'ouverture à l'égard des autres, tout en s'intéressant davantage à leurs propos. Cependant, on pouvait encore noter que le sujet avait de la difficulté à se mettre à la place de l'autre, en demeurant trop centré sur ses propres besoins, surtout quand une critique était formulée à son égard.

Pierre-Paul n'a que très peu abordé la sphère sexuelle tout au long de son traitement. Lors de son bilan, il a nommé ne pas être prêt à abandonner sa dynamique de double vie, ce qu'il justifiait en disant que la sexualité était trop importante pour qu'il puisse renoncer à ses relations extraconjugales. Ainsi, malgré son cheminement positif en cours de traitement, le médecin traitant de l'unité concluait tout de même que, en considérant l'ensemble des éléments négatifs (ex. traits antisociaux), Pierre-Paul présentait encore un risque de récurrence élevé. Son principal défi allait être, lors de son retour au pénitencier, de ne pas retourner à son fonctionnement social antérieur. Ainsi, un cheminement devrait encore être fait au sujet de la place qu'il souhaitait accorder à la sexualité, au « secret » et au contrôle.

Pierre-Paul a complété son traitement à l'IPPM en mai 2004. Comme l'avait mentionné son médecin traitant, son défi a bel et bien été de demeurer vigilant par rapport à un éventuel retour à ses anciens « patterns » lors de son retour au pénitencier. Il rapporte cependant avoir réussi à contourner ses difficultés en gardant en tête ce qu'on lui avait dit en cours de traitement au sujet de l'authenticité, en se rappelant d'où il venait et du cheminement parcouru. Il dit avoir abordé le sujet avec son ALC et l'aumônier sur place. Pierre-Paul a aussi continué son processus thérapeutique en s'impliquant dans un groupe de justice réparatrice et dans le programme « gestion de la colère ».

#### 4.3.3 Retour dans la collectivité

En juin 2008, une libération conditionnelle a été accordée à Pierre-Paul. Il a été assigné à résidence pour une période de six mois, dans un CCC en banlieue de Montréal, alors qu'il était en attente d'une place dans un CRC de Montréal. Pierre-Paul a semblé plutôt indifférent à son séjour en maison de transition, qu'il percevait comme un passage obligé.

En effet, le seul point important soulevé était de se retrouver dans la région de Montréal, puisque sa famille, son emploi et ses suivis légaux y étaient. Bien qu'il se soit conformé aux règles de la ressource et qu'il semble avoir fait ce qui était attendu de lui, le sujet n'a participé à aucune activité thérapeutique et n'a développé aucun lien avec le personnel du CCC. Vu son horaire de vie structuré, Pierre-Paul a rapidement eu des privilèges quant aux sorties, afin de passer un maximum de temps avec sa famille. Aucune difficulté d'adaptation à son retour dans la collectivité n'a été observée pendant ce séjour. Après quelques mois de stabilité, l'ALC de Pierre-Paul a émis la recommandation que l'assignation à résidence soit levée lors de la date prévue pour sa libération d'office. Ainsi, en décembre 2008, Pierre-Paul a emménagé avec sa conjointe, les deux enfants de celle-ci et leur fille.

Depuis sa libération, le plan de réinsertion sociale de Pierre-Paul vise essentiellement l'établissement d'un mode de vie structuré (se trouver un emploi et vivre de revenus non criminels), le maintien de relations familiales saines, son implication sans son suivi thérapeutique et le respect de ses conditions légales. Selon le sujet, les rencontres hebdomadaires avec son ALC servent exclusivement à valider le respect de celles-ci, soit éviter certains endroits, tels les débits de boisson, éviter certaines personnes (la victime et sa famille, les gangs criminels et toute personne possédant un casier judiciaire), suivre le traitement prescrit pour sa déviance sexuelle, éviter les drogues et s'abstenir de faire usage d'alcool. De la même façon que son séjour en transition était perçu, Pierre-Paul voit dans ce suivi une étape obligatoire dans son processus et s'y plie donc rigoureusement, sans toutefois le considérer comme aidant et nécessaire. Vu la stabilité observée chez le sujet depuis son retour dans la collectivité, la fréquence de ce suivi sera appelée à diminuer après sa première année de libération. Par ailleurs, la fréquence du test de dépistage pour valider la non-consommation de substances intoxicantes, initialement mensuelle, a aussi diminué après six mois de libération, à raison d'une fois tous les deux mois.

Le suivi de Pierre-Paul au CPLM a débuté en juin 2008. Les principaux thèmes abordés au cours de ce suivi concernent différentes sphères de sa réinsertion sociale, soit l'emploi et son mode de vie, sa relation avec sa fille et sa relation conjugale. Des rencontres de couple ont eu lieu afin de s'assurer du bon fonctionnement de celui-ci et de sensibiliser madame à la problématique de Pierre-Paul. Par ailleurs, le sujet n'a rapporté, depuis juin 2008, aucune



préoccupation d'ordre sexuel en lien avec sa déviance sexuelle. Malgré la diminution rapportée de ses relations sexuelles avec sa conjointe, Pierre-Paul dit ne pas vivre de malaise en lien avec cette situation. Un suivi est également fait au niveau des objectifs établis lors de son traitement, notamment en ce qui a trait à la gestion des émotions et des frustrations. Sa participation à un traitement étant prescrite dans ses conditions légales, le sujet dit s'y soumettre sans problème et s'y impliquer comme il se doit. Il dit toutefois ne pas comprendre la nécessité d'un suivi aussi rigoureux vu son évolution positive. En considérant la stabilité observée dans ses différentes sphères de sa vie, la fréquence du suivi a aussi diminué, passant d'une fois par semaine à une fois toutes les trois semaines.

Les projets de vie de Pierre-Paul étaient clairement établis à la suite de son traitement à l'IPPM, c'est-à-dire se bâtir une vie familiale saine. Pierre-Paul vit un fort sentiment de culpabilité envers sa conjointe et sa fille en raison de son absence prolongée. Ainsi, l'objectif central de Pierre-Paul était d'habiter avec sa conjointe et de pouvoir assumer pleinement son rôle de père, ce qu'il n'avait pas pu faire depuis la naissance de sa fille en 2000. Ce projet paraissait réaliste puisque la conjointe du sujet entretenait les mêmes idéaux quant à leur vie familiale. L'ensemble des actions et des choix faits par Pierre-Paul depuis son retour dans la collectivité a visé l'atteinte et le maintien de cette situation.

Pierre-Paul affirme ne pas avoir entretenu de relation extraconjugale depuis sa libération, ce qui contraste avec le discours tenu à ce sujet lors de la fin de son traitement à l'IPPM. Il dit avoir réalisé l'ampleur de ce que sa conjointe a vécu en raison de son passage dans le système judiciaire et la chance qu'il a eue qu'elle ait décidé de le soutenir. Ainsi, le sujet ne peut plus, selon ses dires, concevoir la faire souffrir de nouveau. La relation conjugale est décrite en termes positifs et paraît satisfaisante pour lui. En effet, un bon niveau de communication au sein du couple, un partage équilibré des responsabilités familiales et une satisfaction sur les plans sexuel et affectif sont rapportés.

Depuis son retour dans la collectivité, la vie sociale de Pierre-Paul tourne uniquement autour de sa famille immédiate et élargie. Il rapporte avoir rompu tous liens avec son ancien réseau et dit ne pas ressentir le besoin d'avoir des amis, en disant qu'il fait difficilement confiance aux étrangers. Ainsi, outre le travail et le temps passé avec sa conjointe et ses enfants, les rencontres avec la famille élargie semblent être la seule activité sociale à

laquelle il s'adonne, où la religion semble revêtir une importance particulière. Par ailleurs, afin de se tenir occupé, il s'entraîne à raison d'environ trois fois par semaine en salle, activité qu'il apprécie puisqu'il peut la réaliser seul.

Par ailleurs, des rencontres avec un aumônier connu à l'établissement de Sainte-Anne-des-Plaines ont continué après sa libération. Les contacts, qui étaient initialement hebdomadaires, ont diminué graduellement au fil du temps. Lors de son retour dans la collectivité, Pierre-Paul a commencé un suivi régulier avec l'organisme Parent-Aise, afin de le soutenir dans son adaptation familiale, plus particulièrement dans son rôle de père. Après environ deux mois, un terme a été mis aux rencontres, après avoir fait le constat que la vie familiale de Pierre-Paul semblait harmonieuse. Finalement, le sujet a participé quelques fois à des rencontres de groupe d'anciens détenus, organisées par l'organisme *Cap-Vie*.

Après seulement quelques semaines de libération, Pierre-Paul s'est trouvé un emploi à temps plein comme journalier dans une chaîne de montage. Le sujet offre un bon rendement au travail, ce qui est confirmé par son employeur. Il dit aimer la stabilité que lui offre cet emploi, en plus d'être satisfait du salaire gagné et des possibilités d'avancement dont il pourrait tirer profit. Cependant, comme il s'agit d'un travail saisonnier, le sujet a retiré des prestations d'assurance chômage au cours de l'hiver et du printemps. Afin de demeurer actif, le sujet devait se trouver un second emploi. En effet, le sujet reconnaît lui-même l'importance d'être occupé et d'avoir un rythme de vie structuré afin de préserver sa stabilité. Ce projet n'a toutefois pas été actualisé. Pierre-Paul a plutôt augmenté son implication auprès de ses enfants et s'est inscrit à un programme d'aide à la réinsertion au travail.

Selon Pierre-Paul, son traitement à l'IPPM lui a permis de mettre en place des bases solides pour sa « nouvelle vie ». Selon lui, les objectifs qui lui avaient été fixés étaient réalistes, ce qui lui a permis de croire en ses possibilités de réinsertion sociale. Pierre-Paul nomme avoir fait un changement de vie radical motivé par l'importance accordée à sa famille. En effet, depuis un an, il a été remarqué que Pierre-Paul prend son rôle de père au sérieux et que son implication auprès de sa fille est constante. De plus, la condition de santé de Pierre-Paul lui a aussi permis de trouver de nouvelles motivations à avoir un rythme de vie sain. En effet,

étant porteur du VIH depuis son incarcération, il dit avoir trouvé, à travers cette réalité, un nouveau sens à donner à sa vie. Il se reconnaît maintenant une plus grande maturité, ne recherchant plus uniquement la satisfaction immédiate et les plaisirs éphémères, ceci lui ayant permis de se distancier de sa dynamique antérieure et de ses orientations antisociales.

Les principales difficultés vécues par le sujet sont en lien avec sa vie de couple et les mésententes quotidiennes pouvant survenir au sujet de l'éducation de leur fille, ainsi que toutes situations lui faisant vivre de la colère. Il mentionne toutefois recevoir plus facilement la critique de la part de son entourage et se fâcher moins rapidement et moins longtemps. En effet, lors des rencontres conjugales effectuées dans le cadre du suivi du sujet au CPLM, la conjointe de Pierre-Paul a effectivement confirmé que lorsque des conflits étaient vécus, le sujet arrivait à bien s'exprimer et à bien gérer ses émotions. Malgré le fait que son écoute de l'autre demeure encore déficiente dans ces situations, il apparaît que Pierre-Paul arrive tout de même à être attentif à l'autre lors du retour effectué sur le conflit. Cette amélioration a aussi été notée par le criminologue de Pierre-Paul, qui a constaté la généralisation de certains acquis faits en ce sens à l'IPPM.

Pierre-Paul se souvient de l'ensemble des situations qui avaient été identifiées comme étant à risque lors de son traitement en 2003 et il semble les avoir bien intégrées. Le criminologue du CPLM a également noté l'absence de ces situations et de facteurs de risque dans les différentes sphères de vie de Pierre-Paul. En révisant ces différentes situations, le sujet n'en a identifié aucune s'étant produite ou ayant pu l'avoir mis à risque depuis son retour dans la collectivité. Il rapporte avoir entretenu, avant sa libération, une grande peur quant à son retour dans la société quant à sa capacité de faire face à sa vie familiale et occupationnelle. Selon lui, si des difficultés étaient survenues dans ces sphères, elles auraient pu être des situations à risque. Toutefois, il s'est avéré que son retour dans la collectivité a été conforme à ses attentes.

Les différents professionnels entourant le sujet ont noté une évolution globalement favorable à son sujet. En effet, il semble avoir prouvé qu'il pouvait assumer ses responsabilités, qu'il pouvait vivre de revenus non criminels et être en mesure de faire des choix responsables et réfléchis, tout en ayant une pensée à long terme. Pour sa part, Pierre-Paul ne doute pas que sa réinsertion sociale continue à bien se dérouler et que les situations

établies comme étant à risque ne se produiront pas. En effet, en cours d'entrevue, le sujet ne semblait pas conscient de l'importance de demeurer vigilant par rapport à celles-ci, bien qu'il s'agisse d'un des prédicteurs de la récidive chez les délinquants sexuels. Il semble impossible pour Pierre-Paul de concevoir un retour à ses anciens « patterns » ou une possible récidive.

#### **4.4 Étude de cas 4 (Rémi)**

##### **4.4.1 Histoire criminologique**

Rémi est un homme âgé de 46 ans, célibataire, et père de quatre enfants. En juillet 2003, il a reçu une première sentence fédérale de trois ans pour des délits d'agression sexuelle (2 chefs), d'inceste, de contacts sexuels, d'incitation à la prostitution et pour avoir proféré des menaces. Il a été libéré d'office en juillet 2005, alors que l'expiration de son mandat a eu lieu en juillet 2006. Ayant été déclaré délinquant à contrôler, Rémi se soumet présentement à une ordonnance de surveillance de longue durée de 10 ans, soit jusqu'en 2016.

À l'adolescence, aucun antécédent psychiatrique n'est rapporté. À l'âge adulte, Rémi a fait quelques séjours en psychiatrie, en raison d'idéations suicidaires, où on a également noté des difficultés d'adaptation avec troubles de l'humeur mixte. Depuis 2001, Rémi rapporte avoir fait plusieurs tentatives de suicide et avoir eu de nombreux comportements d'automutilation, en réaction à des difficultés conjugales et au contexte légal dans lequel il s'est retrouvé. En 2002 et 2003, le sujet a fait un premier séjour à l'IPPM de deux mois pour une évaluation psychiatrique présentencielle. Lors d'un second séjour à l'IPPM, dans le cadre de son traitement en délinquance sexuelle, des diagnostics de pédophilie hétérosexuelle de type non exclusif et de retard mental léger ont été posés pour l'axe I, alors que des traits de personnalité dépendante ont été retenus pour l'axe II.

Aucun antécédent légal n'est mentionné au dossier de Rémi durant son adolescence. Comme adulte, il a été reconnu coupable, en 1994, d'attouchements sexuels sur une fillette et a été condamné à une peine provinciale. Le discours du sujet concernant ce délit semble peu fiable puisqu'il a fourni plusieurs versions de cette agression. De façon non officielle, Rémi aurait mentionné, lors d'un séjour en psychiatrie, avoir abusé des enfants de son

patron. Cependant, peu de détails sont disponibles à ce sujet, car Rémi nie aujourd'hui avoir commis ces délits.

Rémi provient d'une famille de six enfants où régnait un climat de violence. La famille du sujet est décrite comme étant dysfonctionnelle, l'ensemble de la fratrie ayant eu des problèmes psychosociaux et des démêlés avec la justice. Alors que la mère du sujet était perçue positivement, son père était plutôt considéré comme un alcoolique qui faisait preuve de violence physique et sexuelle, plus particulièrement à l'égard de Rémi et de l'une de ses sœurs aînées. Ainsi, le père du sujet aurait tenté à deux reprises de le sodomiser, après que Rémi l'eut surpris en train d'agresser sexuellement sa sœur. En raison de cette violence subie, Rémi a quitté le foyer familial à l'âge de 14 ans, pour aller cohabiter avec l'une de ses sœurs. Par ailleurs, il a rapporté n'avoir jamais fait de consommation de drogues ou d'alcool.

Vu d'importantes difficultés d'apprentissage, le sujet a fréquenté plusieurs classes spécialisées, avant de mettre fin à sa scolarité à l'âge de 14 ans. Aujourd'hui, Rémi est considéré comme analphabète puisqu'il ne sait ni lire ni écrire. Après l'abandon de ses études, il a occupé plusieurs petits emplois à court terme comme concierge, commis dans des dépanneurs, etc. À l'âge adulte, Rémi a principalement travaillé dans différents entrepôts d'épicerie, emplois qui étaient non déclarés, en plus de faire la distribution de circulaires publicitaires. Le sujet présentant un discours changeant à ce sujet, il est difficile de déterminer s'il a occupé ces emplois sur une base régulière. En effet, il a mentionné avoir reçu des prestations de l'aide sociale à quelques reprises entre les différents emplois occupés. Il apparaît cependant qu'il a cessé de travailler en 2001, à la suite de l'éclatement de sa famille.

Rémi a rencontré sa première et unique conjointe alors qu'il était âgé de 23 ans. Il est resté en couple avec cette femme pendant près de 16 ans, malgré qu'il se soit dit malheureux à son contact. En effet, Rémi a verbalisé plusieurs récriminations à son endroit, notamment au sujet de l'argent qu'elle lui aurait soutiré au quotidien, de ses nombreuses infidélités et de la violence physique et verbale qu'elle lui aurait fait vivre. Le sujet rapporte être resté en couple aussi longtemps par crainte des représailles physiques et pour protéger ses enfants.

Quatre enfants sont issus de cette union. Dès le début de leur relation, sa conjointe est devenue enceinte. Elle aurait préféré se faire avorter ou faire adopter l'enfant, ce que Rémi a refusé. Ils sont donc devenus parents d'un garçon qui est né avec un handicap physique et un retard mental. Ils ont par la suite eu deux autres garçons et une fille. Il est rapidement apparu que Rémi et sa conjointe présentaient peu de capacités parentales. En effet, les quatre enfants ont présenté très tôt d'importants troubles du comportement. Il semble également que le fils aîné du couple ait abusé sexuellement de sa sœur au vu et au su de ses parents sans qu'ils interviennent. En 2001, un signalement effectué à la DPJ a entraîné le placement définitif des enfants en famille d'accueil.

Autant à l'adolescence qu'à l'âge adulte, il apparaît que le sujet a toujours été isolé socialement. En effet, Rémi rapporte n'avoir jamais eu d'amis. Sa conjointe a longtemps été son seul réseau social puisqu'elle lui aurait interdit tous contacts et communications avec les membres de sa famille. En 2001, après l'éclatement de sa propre famille, le sujet a repris contact avec sa mère et deux de ses sœurs, chez qui il a habité en alternance jusqu'à son arrestation.

Entre les années 2000 et 2002, le sujet reconnaît avoir eu des relations sexuelles complètes avec sa fille, alors âgée d'environ 7 ans, mais ne reconnaît pas le contexte dans lequel les agressions ont eu lieu, le rôle qu'il y a joué et le nombre d'agressions perpétrées. Il minimise ses actes en disant qu'il ne souhaitait pas ces contacts sexuels et qu'ils se seraient produits à la demande de sa conjointe et de la victime. Les autres agressions sexuelles commises sur trois de ses nièces se sont produites alors qu'il habitait chez ses sœurs. Il aurait contraint l'une d'entre elles à une relation sexuelle complète et aurait fait des attouchements aux deux autres fillettes. Il aurait également incité une de ses trois victimes, et une amie de celles-ci, à avoir des contacts sexuels avec lui en échange de cadeaux et d'argent. Finalement, pendant cette même période, des menaces de mort ont été proférées à l'égard de la travailleuse sociale de ses enfants.

Rémi minimise grandement les délits qui lui sont reprochés en disant que les victimes ont exagéré les faits. Il se présente comme ayant été la victime dans ces contacts sexuels puisqu'il ne les aurait pas souhaités, selon ses dires. Plusieurs distorsions cognitives sont présentes dans son discours où il décrit, par exemple, que les actes commis à l'égard de ses

nièces n'étaient pas de réelles agressions puisque celles-ci n'étaient pas vierges. Il a nié également toute fantaisie sexuelle déviante impliquant des enfants, mais demeure incapable d'expliquer ses gestes à l'endroit de ceux-ci. La première évaluation phallométrique effectuée à l'IPPM a révélé un profil valide et déviant, avec un indice de déviance de 3,85, où la réponse la plus élevée a été enregistrée devant des scénarios d'agression sexuelle sur des fillettes prépubères avec violence expressive. La deuxième évaluation phallométrique a aussi été valide et déviante, avec un indice de 17,20, où Rémi a réagi significativement à des stimuli pédophiliques hétérosexuels, mais aussi à des stimuli homosexuels, ce qui n'était pas ressorti lors de la première évaluation. La réponse la plus élevée est la même que celle enregistrée lors de la première évaluation, soit celle aux agressions sexuelles impliquant des fillettes prépubères. Vu ces résultats, Rémi s'est finalement reconnu une déviance sexuelle minimale.

#### 4.4.2 Traitement

Rémi a été admis à l'IPPM en juin 2004. Il s'agissait alors de sa deuxième tentative de traitement spécialisé en délinquance sexuelle. Lors de son incarcération à La Macaza, Rémi avait commencé un traitement en ce sens, qui avait rapidement été interrompu en raison de l'adoption de comportements menaçants à l'égard d'un autre détenu.

Une très grande motivation à l'égard de son traitement a été observée par l'équipe traitante, motivation qui s'est maintenue pendant tout son séjour à l'IPPM. Il est toutefois rapidement apparu que cette motivation s'apparentait plutôt à la crainte d'une sanction extérieure, soit une nouvelle détention, qu'à une réelle prise de conscience et à un désir de changer. En effet, il est apparu que le séjour du sujet en milieu carcéral a été difficile, Rémi étant une victime facile pour les autres détenus. Présentant un mode de pensée concret et de l'immaturation, l'équipe a convenu que les limitations intellectuelles du sujet devaient être prises en considération dans la mise en place de son traitement.

En plus de présenter une hygiène déficiente, le sujet a adopté, en début de traitement, certains comportements problématiques (se cacher sous son matelas) et de nombreux comportements d'automutilation qui semblaient être causés par une grande anxiété. De la même façon, l'apparition de ses idées suicidaires semblait être en réaction à un milieu

inconnu ou perçu comme menaçant. Cependant, grâce à l'encadrement fourni par le personnel, ces comportements ont rapidement diminué. Sur le plan relationnel, les contacts avec ses pairs ont été source de tension et de rejet pour Rémi. En effet, vu son estime de soi fragile, Rémi était facilement ébranlé par les propos tenus par son entourage et il vivait un sentiment d'infériorité par rapport à ses pairs en raison de ses limitations intellectuelles. L'ensemble de ces difficultés a semblé compliquer le contact avec le monde adulte pour Rémi. Ainsi, comme il était hypersensible au jugement négatif et très peu tolérant à la critique, plusieurs situations ont généré chez lui des réponses impulsives, telles qu'un langage grossier, des attaques physiques, une dramatisation extrême et de l'interprétation de type persécutoire. Autant pour ses comportements au quotidien que pour ses délits, l'autocritique de Rémi était quasi absente. Ainsi, les principaux objectifs de Rémi en cours de traitement ont visé l'expression adaptée de sa colère et de ses frustrations, l'amélioration de ses comportements sociaux, l'amélioration de sa responsabilisation par rapport aux délits et la formulation de demandes d'aide lors de situations problématiques. Par ailleurs, le plan d'intervention a aussi inclus le maintien d'une hygiène adéquate.

Après quelques mois de traitement, l'équipe a dû se questionner sur la capacité de Rémi à répondre à autant de sollicitations sur le plan thérapeutique. En effet, l'implication simultanée du sujet dans plusieurs groupes a coïncidé avec une période trouble chez lui. Une augmentation des mesures restrictives à son égard a été observée (retrait, isolement et contention physique) à la suite d'épisodes d'agressivité et d'une recrudescence de ses comportements d'automutilation. À la suite de ce constat, le sujet a été considéré comme un patient hors programme, ceci permettant l'ajustement des modalités thérapeutiques en fonction de ses capacités.

La mise en place d'un plan comportemental et des interventions concrètes, telles que l'utilisation d'images, le recadrage cognitif et le retrait en chambre, ont été privilégiées. De plus, l'introduction d'une médication antipsychotique a permis la diminution de son impulsivité et de ses perceptions de type persécutoire. En cours de traitement, on a pu observer chez le sujet une diminution de ses accès de colère, de l'utilisation d'un langage grossier et de gestes auto-agressifs. Cependant, lors de conflits ou de stress importants, il s'est avéré que Rémi revenait à ses anciens comportements, en plus de devenir provocateur, peu empathique et de se percevoir comme une victime. Ses relations avec ses pairs s'étant



quelque peu améliorées, Rémi a appris à mieux accepter les critiques formulées par ceux-ci et a été en mesure, en cours de traitement, de refuser des demandes inappropriées qu'ils lui adressaient. Malgré le soutien que lui a témoigné l'équipe, ses demandes d'aide ont tout de même été limitées et déficientes, puisqu'il a dit craindre les « mauvaises notes » pouvant être inscrites à son dossier. Par ailleurs, un encadrement serré a dû être instauré et maintenu au sujet de son hygiène. La reprise de contact avec son fils aîné, son frère et une de ses sœurs lui a fourni une motivation supplémentaire pour continuer le cheminement thérapeutique amorcé en cours de traitement.

En milieu de traitement, Rémi a pris part au groupe de prévention de la récidive, où il a été en mesure, à l'aide des intervenants, d'identifier quelques situations pouvant représenter un risque chez lui, soit le fait de fréquenter des jeunes filles et entretenir des fantasmes à leur sujet, s'investir avec une conjointe qui a des enfants, vivre des sentiments négatifs sans les gérer (colère, dépression, sentiment d'être jugé, honteux ou diminué) et ne pas reconnaître ses erreurs et blâmer les autres pour celles-ci. Sa participation au groupe a également permis une légère amélioration de son autocritique. En effet, le sujet a été sensibilisé à sa responsabilité dans les délits et aux conséquences vécues par les victimes. Ceci a favorisé une meilleure connaissance de son cycle délictuel, bien que l'intégration ait semblé plus difficile pour certaines des situations identifiées. En effet, le sujet ne voyait pas de problème, par exemple, à être en couple avec une femme mère de jeunes garçons. Cette modalité thérapeutique a également amené Rémi à reconnaître certaines fantaisies à caractère pédophilique qu'il rapportait sous forme de rêves. Il a toutefois continué de nier toute activité masturbatoire en lien avec ces pensées. Enfin, la connaissance de son cycle délictuel est devenue un outil supplémentaire pour contrer la récidive. En effet, Rémi a compris que la présence d'une de ces situations dans sa vie pourrait avoir des conséquences non souhaitées et l'amener à une nouvelle incarcération.

Globalement, des améliorations ont été observées en cours de traitement chez le sujet. Cependant, en fin de traitement, le médecin traitant notait encore certains éléments de dangerosité, notamment l'intérêt sexuel déviant. Ainsi, il apparaissait qu'un suivi rigoureux à ce sujet devrait être fait lors de sa libération et que l'hormonothérapie devrait certainement être considérée dans son cas.

#### 4.4.3 Retour dans la collectivité

Rémi n'est pas retourné à son pénitencier d'origine comme l'exige habituellement la procédure établie à l'IPPM. Puisque la fin de son traitement a coïncidé avec sa libération d'office, le sujet a directement été transféré dans un centre résidentiel communautaire (CRC) de Montréal au mois de juillet 2005, après l'émission d'une assignation à résidence jusqu'à la fin de son mandat. Vu les diverses difficultés présentées par le sujet et son manque de stabilité dans l'ensemble de ses sphères de vie, il a initialement été maintenu à la maison de transition en dépannage, après quoi, il y a eu prolongation officielle de son assignation à résidence jusqu'en 2009.

L'implication des intervenants du CRC auprès du sujet a été intensive dès son arrivée à la ressource. À raison d'une fois par semaine, des rencontres formelles étaient prévues avec son intervenante attitrée, en plus des diverses interventions ponctuelles nécessaires au quotidien. Il a initialement été établi que le sujet devait maintenir une hygiène de vie saine (être actif, maintenir un budget et avoir une hygiène corporelle adéquate) et être transparent. Malgré une bonne implication dans le programme offert au CRC pendant tout son séjour, le sujet a présenté de forts besoins en termes d'encadrement qui n'ont pas diminué au fil du temps. Malgré les efforts faits par le sujet afin de maintenir des interactions sociales adéquates avec ses pairs, le contact avec les autres résidents est demeuré difficile, provoquant parfois chez lui des accès de colère. De plus, étant donné le manque de transparence observé, certaines mesures ont dû être mises progressivement en place pour la supervision de son budget et de ses déplacements extérieurs. L'adoption d'un plan comportemental a également été nécessaire afin que le sujet prenne régulièrement une douche, range sa chambre et utilise un langage approprié. L'imposition de ces mesures a entraîné une amélioration chez le sujet, bien que la stabilité visée n'ait pas été atteinte.

Un important travail de collaboration a été essentiel entre les différents intervenants et professionnels impliqués, prenant la forme de communications téléphoniques hebdomadaires et de rencontres de mises au point lorsque cela s'est avéré nécessaire. Ainsi, des rencontres bimensuelles avec son ALC ont eu lieu dès sa libération, dans le but de veiller au respect de ses conditions légales et de faire une gestion appropriée du risque présenté par le sujet. Rémi a donc été contraint à demeurer à un endroit précis aussi

longtemps que cela s'avérerait nécessaire, à suivre le traitement psychiatrique et la médication prescrite jusqu'en 2016, à suivre le traitement prescrit en délinquance sexuelle jusqu'en 2016 et à éviter certaines personnes, soit des membres de sa famille directe et indirecte, sans l'autorisation de son ALC, et des personnes mineures sans la présence d'un adulte au courant de sa criminalité. Un plan de réinsertion sociale a été élaboré lors de sa libération d'office et a été réévalué avant la fin de son mandat. Ce plan visait essentiellement les sphères personnelle et sociale où le sujet devait s'impliquer dans les programmes offerts au CRC, poursuivre activement son suivi au CPLM et accepter la supervision de ses contacts familiaux. On s'attendait également à ce qu'il se cherche un emploi, qu'il prenne part à un programme d'alphabetisation et qu'il fasse une gestion adéquate de son budget. La crainte de sanctions extérieures et la peur d'un retour au pénitencier étant encore très présentes, le sujet était en mesure, après plusieurs mois de liberté, de faire l'énumération exacte de ses conditions légales et des conséquences pouvant y être associées. Cependant, il est apparu que l'intégration de celles-ci n'était pas réellement faite. Au fil du temps, plusieurs mesures restrictives de liberté (arrêt des découchages, interdiction de faire certaines visites, etc.) et des rencontres disciplinaires nécessaires afin de rétablir un cadre (transparence et respect des consignes) lui ont été imposées.

En juillet 2005, Rémi a aussi commencé les suivis prescrits au CPLM. Le premier, assuré par un criminologue à raison d'une fois toutes les deux semaines, a abordé les différentes sphères de sa réinsertion sociale, et le second, assuré par un psychiatre, a servi au suivi de sa médication une fois par mois. Ces suivis ont également servi à la gestion du risque présenté par Rémi et à valider et gérer la présence d'intérêts sexuels déviants. Après plusieurs mois de libération, Rémi a continué de nier la présence de fantasmes sexuelles déviantes et toute activité masturbatoire en disant qu'il n'avait plus de libido. Il a rapporté épisodiquement des « cauchemars » sexuels à propos de ses victimes, qu'il disait gérer à l'aide de techniques de diversion, telle que se changer les idées en tricotant.

Lors de son retour dans la collectivité, Rémi n'avait pas d'idées précises quant à ses projets d'avenir. Lorsque la question lui a été posée, il a dit souhaiter faire ce que les intervenants attendaient de lui afin de ne pas être incarcéré de nouveau. Ayant de la difficulté à se projeter dans l'avenir, Rémi avait minimalement établi deux projets qu'il souhaitait voir se

réaliser à court et à moyen terme. En effet, il désirait aller vivre en appartement avec sa mère, projet qui a rapidement été écarté par son ALC vu l'influence négative de sa mère sur lui. Il souhaitait également reprendre contact avec ses fils et, ultimement, avec sa fille.

Rémi dit ne pas souhaiter s'impliquer à nouveau dans une relation affective, les souvenirs et les récriminations envers son ex-conjointe étant encore très présents à son esprit. Par ailleurs, il a repris graduellement contact avec certains membres de sa famille. Jugés initialement positifs, les contacts avec l'une de ses sœurs ont rapidement été autorisés par son ALC, suite à l'engagement de celle-ci à ce que Rémi ne se retrouve jamais seul en présence d'enfants. En effet, elle présentait une compréhension globale juste de la situation de son frère et était sensibilisée à la prévention de la récidive. Le sujet a également repris contact avec sa mère, qui est vite apparue comme étant une ressource négative, celle-ci ne reconnaissant pas la problématique de déviance sexuelle de son fils. L'encadrement de cette relation par son ALC et les intervenants du CRC a été nécessaire afin de favoriser le maintien de Rémi dans la collectivité. De plus, le sujet a rapidement repris contact avec son fils aîné. Cependant, à plusieurs reprises, cette relation a été source de stress pour lui. Donc, malgré la présence de quelques personnes significatives auprès de lui, peu de ressources se sont avérées positives. À l'exception de sorties et de visites à différents membres de sa famille, Rémi pratiquait essentiellement ses loisirs seul, soit le tricot et les mots croisés. Il disait également jouer au bingo chaque semaine, en compagnie de sa mère.

L'organisme *Parent-Aïse* s'est grandement impliqué dans la réinsertion sociale de Rémi. Des services de supervision dans la reprise des contacts avec sa famille lui ont été offerts. Ce suivi a visé essentiellement l'acquisition de capacités parentales, l'établissement de relations saines avec ses enfants et l'amélioration de sa capacité à mettre ses limites dans ses relations familiales, notamment avec son fils aîné. Par le biais de cet organisme, Rémi a repris contact avec ses fils et deux de ses sœurs, lors de rencontres supervisées.

À l'aide de l'organisme OPEX, Rémi a occupé divers emplois, qui n'ont toutefois pas duré pour différentes raisons, soit des congédiements, des emplois non adéquats qui impliquaient la présence d'enfants ou encore, lorsqu'il s'agissait d'emplois non déclarés. Il a toutefois pu bénéficier de formations rémunérées, reconnues par le SCC, dans le domaine de la restauration de meubles. Il a aussi effectué un retour aux études, soit à l'éducation des

adultes, pour des cours d'alphabétisation, ce qu'il a cessé et recommencé à deux reprises, trouvant ce processus trop exigeant par moments. Rémi a également été bénéficiaire de l'aide sociale à différentes occasions lors de sa réinsertion sociale. On a noté une passivité chez le sujet qui, par moments, ne souhaitait plus travailler. La motivation du sujet par rapport à l'emploi a donc dû être constamment abordée et entretenue par ses différents intervenants.

Lorsque questionné sur l'impact de son traitement sur sa réinsertion sociale, Rémi affirme qu'il a été central dans son maintien dans la collectivité. En effet, malgré le fait qu'il ait encore de la difficulté à mettre ses limites correctement par rapport à son entourage et un potentiel d'agressivité, souvent tourné vers lui-même (automutilation), il a noté une amélioration dans ses comportements. Il dit avoir appris à faire davantage confiance aux intervenants qui l'entourent, à éviter la généralisation et la dramatisation de ses mauvaises perceptions et à utiliser un meilleur langage, ce qui a permis une amélioration de ses relations sociales. Effectivement, ces améliorations ont été remarquées, jusqu'à un certain point, par les différents professionnels. Cependant, après plus de trois années passées dans la société, Rémi présentait encore de grands besoins d'encadrement strict, de soutien et d'attention au quotidien. En effet, le sujet pouvait faire de très mauvais choix s'il n'était pas assisté dans sa prise de décision, par exemple cesser sa médication afin de pouvoir payer l'abonnement au câble de sa mère. En dépit de l'établissement d'une relation de confiance avec certains intervenants, un grand manque de transparence a été remarqué chez le sujet. Finalement, Rémi a reconnu qu'il pouvait être à risque de récurrence lorsqu'il se trouvait dans un contexte de grande tension et d'anxiété et qu'il était toujours très fragile par rapport à l'ensemble des situations identifiées comme étant à risque lors de son traitement. Même s'il connaît bien ces différentes situations et les moyens à prendre afin de les éviter, il a beaucoup de difficulté à les appliquer seul, surtout lorsque les situations suscitent de forts sentiments négatifs.

En avril 2008, Rémi a été suspendu une première fois pour une période de 90 jours, en raison d'un grave manque de transparence et du non-respect de ses conditions légales et du cadre établi au CRC. En effet, Rémi s'est rendu, sans autorisation et à de nombreuses reprises, chez sa sœur et chez sa mère, où il était en présence d'enfants. La sœur de Rémi, qui était initialement perçue comme une ressource positive, s'est finalement avérée peu

fiable. Par ailleurs, Rémi a reconnu la présence soutenue de fantasmes déviants à l'égard d'enfants et de ses victimes, une ou deux fois par semaine, ce qu'il disait toutefois arriver à gérer à l'aide des techniques apprises, soit faire diversion en tricotant ou en fumant des cigarettes.

Après trois mois de suspension, Rémi a été libéré en juillet 2008 et a de nouveau été assigné à résidence pour une période de temps indéterminé. Étant donné les difficultés vécues durant sa première libération, une condition légale a été ajoutée dans le cadre de son OSRD, soit l'interdiction de contact avec sa mère, vu l'influence et l'emprise négatives qu'elle avait sur lui. Rémi ne s'est pas opposé à l'imposition de cette nouvelle restriction légale, en reconnaissant qu'il pouvait s'agir d'une autre situation à risque.

Ce second retour dans la collectivité a été difficile pour le sujet sur plus d'un plan. En effet, plusieurs mois se sont écoulés avant qu'il ne se trouve un emploi. Par ailleurs, Rémi s'est retrouvé très isolé socialement puisqu'un de ses fils et une de ses sœurs ont refusé de reprendre contact avec lui après sa suspension. Sur le plan sexuel, il a de nouveau rapporté rapidement certains fantasmes sexuels déviants envers ses victimes sous forme de « cauchemars » sexuels qu'il disait toutefois gérer. Alors qu'il niait toute pratique masturbatoire, le sujet a été surpris en train de se masturber en écoutant des films pornographiques. Rémi a alors avoué certaines préoccupations sexuelles, la présence de fantasmes sexuels déviants à l'égard d'enfants et une fréquence de masturbation plus élevée que ce qu'il rapportait initialement. Le sujet a donc commencé une hormonothérapie progressivement, jusqu'à la dose maximale. Pour faire un suivi rigoureux, Rémi a dû indiquer sur un calendrier la présence de fantasmes sexuels déviants, de cauchemars sexuels ou de préoccupations de cet ordre. Finalement, il a aussi été introduit dans un groupe de maintien des acquis bimensuel au CPLM. De cette façon, un suivi thérapeutique hebdomadaire a donc été possible auprès du client, vu l'alternance entre ses suivis individuel et de groupe.

Ainsi, la présence soutenue de fantasmes sexuels déviants, la perte de son emploi et plusieurs déceptions familiales se sont inscrites dans une désorganisation comportementale progressive qui a culminé jusqu'à une nouvelle suspension en avril 2009. Rémi a lui-même demandé à être suspendu, disant qu'il allait faire une « gaffe » s'il ne retournait pas

immédiatement au pénitencier. Il a avoué avoir recommencé à entretenir ses fantaisies sexuelles déviantes sans tenter d'appliquer les stratégies apprises et à fixer les jeunes filles dans le métro. Il a également mentionné qu'il pensait de manière obsessionnelle à enfreindre ses conditions légales en allant visiter sa mère. Cependant, après sa suspension, il est apparu qu'il aurait exagéré le risque présenté afin de masquer des écarts de conduite. En effet, Rémi n'avait pas respecté les ententes prises avec les intervenants de la transition au sujet de son budget et avait dépensé de grosses sommes aux jeux de hasard. Ainsi, le criminologue du sujet notait que l'enjeu de l'authenticité était toujours central.

Après une suspension de deux mois, Rémi a de nouveau été libéré et assigné à résidence pour une durée indéterminée au CRC où il séjourne depuis 2005. Diverses conditions légales ont été ajoutées à son OSLD, soit l'interdiction de s'adonner à des jeux de hasard (loterie), l'interdiction de fréquenter des salles de bingo et l'obligation de respecter un budget établi et supervisé par les intervenants du CRC. Le sujet connaît bien l'ensemble de ses conditions et dit qu'il est prêt à tout afin de les respecter. Lors de sa dernière suspension, on lui a mentionné que les conséquences d'une nouvelle suspension seraient plus lourdes. Ainsi, la crainte de sanctions extérieures semble encore être la motivation principale du sujet à se conformer aux attentes.

## CHAPITRE 5 : ANALYSE DU MATÉRIEL ET INTERPRÉTATION

### 5.1 La généralisation des acquis faits en traitement

#### 5.1.1 Objectifs de traitement

En conformité avec le principe du besoin, les objectifs de traitement doivent avant tout viser les facteurs criminogènes des délinquants sexuels (Hanson et Morton-Bourgon, 2004; Hanson, Bourgon, Helmus, et Hogson, 2009). Dans l'étude des quatre cas présentés précédemment, plusieurs des objectifs ciblés en traitement visent l'amélioration des habiletés sociales, par exemple gérer adéquatement les conflits et les frustrations, valider les perceptions, formuler des demandes d'aide lors de difficultés, etc. L'atteinte de ces objectifs a permis de répondre à certains besoins criminogènes présents chez les délinquants, soit le fonctionnement interpersonnel et social problématique, les distorsions cognitives, la gestion inefficace des émotions et le manque d'autorégulation générale. L'identification des situations à risque chez les sujets a également permis, pour chacun d'entre eux, d'aborder des thèmes et des éléments se rattachant à d'autres besoins criminogènes, soit les déficits d'intimité, les comportements et fantasmes sexuelles déviantes, le manque d'autorégulation sexuelle et les orientations antisociales. Par exemple, différents problèmes d'intimité vécus par Jonathan (mauvais choix de conjointes, jalousie excessive, hostilité envers les femmes et peur de l'abandon) ainsi que des éléments s'apparentant à des orientations antisociales (problème de consommation, fréquentation de milieux criminels et attitudes procriminelles) ont été plus spécifiquement abordés dans le cadre de sa participation au groupe de la prévention de la récidive.

La modalité thérapeutique « prévention de la récidive » a permis un travail en profondeur sur les problématiques propres à chacun des délinquants qui sont davantage en lien avec la sexualité et leurs comportements antisociaux. Cependant, en comparaison avec Jocelyn et Pierre-Paul, Rémi et Jonathan ont eu de la difficulté à généraliser leurs acquis. Ainsi, Jonathan a eu du mal à détecter la présence des situations à risque lorsqu'il les vivait. Par exemple, lors de son premier retour dans la collectivité, il a fréquenté une femme déjà engagée dans une autre relation malgré sa jalousie excessive, sans reconnaître les difficultés que cela pouvait lui créer sur les plans émotif et comportemental. C'est lors de sa



suspension, avec un certain recul et de l'aide pour analyser la situation, qu'il a admis ne pas avoir su reconnaître la présence de ses situations à risque. Chez Rémi, pour qui la généralisation des acquis est aussi problématique, les mêmes conclusions peuvent être tirées. En effet, il ne voyait pas de problème à fréquenter de jeunes garçons, situation qui était pourtant établie comme étant à risque pour lui. Comme le soulignent McKibben, Proulx et Lussier (2001), un des obstacles importants à la généralisation des acquis est l'ignorance des stratégies à appliquer aux difficultés lorsqu'elles se présentent. Les délinquants ont appris à gérer ou à éviter des situations bien précises lors de l'élaboration de leur cycle délictuel. Il est cependant irréaliste de croire que toutes les situations problématiques pouvant se présenter seront abordées en traitement. C'est pour cette raison que l'accent devrait porter également sur l'acquisition d'habiletés visant la gestion efficace des émotions vécues lors de difficultés ou de conflits. Cette solution de rechange pourrait faciliter l'application des stratégies apprises en traitement et une meilleure généralisation des connaissances lors du retour dans la collectivité. De plus, accompagner le délinquant dans l'identification de ses métacognitions, c'est-à-dire ses connaissances personnelles quant à son fonctionnement cognitif, lui permettrait de reconnaître de nouvelles situations à risque avant qu'elles ne se produisent réellement.

Par ailleurs, on a remarqué chez Jocelyn une ouverture à aborder le thème de ses fantasmes sexuelles déviantes et à utiliser l'ensemble des moyens mis à sa disposition pour les gérer (suivi AGEF et utilisation d'un calendrier). Il s'agit du seul sujet pour lequel on a fait un suivi à l'aide de l'outil AGEF. Cet exercice semble lui avoir permis d'explorer plus en profondeur ses fantasmes sexuelles et comportements déviants et de travailler à une meilleure reconnaissance et gestion de celles-ci. Cela lui a également permis de faire des liens avec les émotions négatives vécues, élément essentiel dont il faut tenir compte chez les délinquants sexuels (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Pour Pierre-Paul, le contexte de la milieuthérapie a fait ressortir clairement sa dynamique de double vie au quotidien. Selon son portrait clinique, il s'agissait d'un élément central à prendre en compte dans ses orientations antisociales afin de diminuer les risques de récidive, ce qui a été possible vu le contexte thérapeutique proposé à l'IPPM. Bref, selon l'information disponible, il semble que Jocelyn et Pierre-Paul ont pu mieux tirer profit des outils et du contexte thérapeutiques pour diverses raisons, ce qui pourrait avoir favorisé une meilleure généralisation des acquis en cours de traitement et lors du retour dans la collectivité. Ainsi, chacun des besoins

criminogènes des délinquants devrait systématiquement être mis de l'avant, non seulement dans le cadre de la prévention de la récidive, mais aussi au quotidien par le biais de tous les outils disponibles afin de généraliser les effets et de favoriser la reconnaissance de situations à risque lors du retour dans la société.

#### 5.1.2 Utilisation des stratégies d'adaptation

En présence d'émotions négatives, de conflits d'ordre interpersonnel ou de fantasmes sexuelles déviantes, la mise en pratique de stratégies comportementales apparaît comme la solution la plus efficace (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Ainsi, l'acquisition d'habiletés sur les plans social, de la gestion de conflits et des frustrations s'avère essentielle pour une généralisation des acquis à long terme, comme chez Jocelyn et Pierre-Paul. Chez ces deux sujets, des améliorations ont été notées dans leur manière d'être en relation, dans le déploiement de leurs habiletés sociales et relationnelles et dans la gestion des conflits et de leurs frustrations. Selon l'équipe traitante, Jocelyn a été en mesure, en cours de traitement, de mettre en pratique les apprentissages faits et de les intégrer. Pour sa part, Pierre-Paul a atteint l'ensemble des objectifs qui lui avaient été fixés en début de traitement. Bien que certaines difficultés soient encore notées lors de l'application, un retour aux anciens comportements en situation de tension ou de stress n'a pas été noté chez ces deux sujets. Par exemple, malgré qu'il soit encore difficile pour Pierre-Paul d'être à l'écoute de l'autre lorsqu'une situation conflictuelle survient, il est adéquat et réceptif lorsqu'il initie le retour sur le conflit avec la personne concernée, ceci démontrant l'assimilation des stratégies apprises.

Par ailleurs, les fantasmes sexuelles déviantes entretenues par Jocelyn ont été abordées et travaillées tout au long de son traitement. Par le biais d'outils mis à sa disposition, il a acquis diverses stratégies cognitives, notamment la restructuration cognitive, afin de les gérer. À l'IPPM, des techniques de modification des fantasmes sexuelles, telles que le reconditionnement orgasmique et la sensibilisation voilée, ne sont pas utilisées, alors que de telles stratégies seraient nécessaires afin d'assurer une gestion efficace des fantasmes déviantes (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Bien que Jocelyn ait peu abordé ce thème depuis son retour dans la collectivité, il dit toujours appliquer ce qu'il a appris en traitement et aucune difficulté à ce sujet n'a été rapportée par les différents professionnels l'entourant

depuis sa libération. Donc, l'acquisition de stratégies cognitives semble avoir favorisé malgré tout la généralisation de ses acquis sur ce plan pendant le traitement, mais aussi lors de sa libération.

Chez Jonathan et Rémi, des objectifs visant l'acquisition d'habiletés comportementales étaient tout aussi présents. Des efforts de leur part pour mettre en pratique ces stratégies ont également été relevés. Cependant, elles nécessitaient souvent un accompagnement et un encadrement au quotidien de la part des intervenants afin qu'elles soient correctement employées. Les stratégies les plus utilisées par Jonathan et Rémi étaient d'ordre cognitif, soit l'arrêt de pensée, le retrait volontaire, l'utilisation d'images concrètes et la restructuration cognitive, surtout appliquées dans des situations préalablement ciblées en traitement. Cependant, un retour aux comportements problématiques et aux « patterns » connus a eu lieu lorsque le stress, les tensions et les émotions négatives étaient trop forts. Ainsi, selon les stades de généralisation établis par McKibben et Guay (2002), les deux sujets semblaient toujours se situer au premier niveau, ce qui signifiait qu'il y avait encore du travail à faire afin d'élargir les sphères d'application des stratégies apprises.

Bien que Jonathan considérait avoir une bonne connaissance des stratégies à appliquer dans une situation problématique, il explique le retour à ses comportements inadéquats par le fait que « c'était plus fort que lui » et que « des fois, c'était trop ». Le manque de volonté et les perturbations émotionnelles peuvent souvent expliquer l'inutilisation des stratégies d'adaptation (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Plus encore, il est possible que les troubles émotifs provoquent aussi l'inefficacité des stratégies tentées, ce qu'on voit bien chez Jonathan. De ce fait, il semble d'autant plus important, comme nous l'avons mentionné précédemment, de mettre au premier plan la gestion des émotions en lien avec les situations difficilement vécues par les sujets plutôt que de seulement mettre l'accent sur la situation en tant que telle.

Finalement, la généralisation des acquis de Pierre-Paul et de Jocelyn peut avoir été facilitée par l'acquisition de stratégies comportementales qui semblent être plus profitables à long terme. Parallèlement, les difficultés de Jonathan et de Rémi peuvent s'expliquer par le fait que l'acquisition de stratégies cognitives leur a permis de faire une gestion des stressseurs à court terme (McKibben, Proulx et Lussier, 2001), mais que l'acquisition de stratégies

comportementales aurait permis une meilleure généralisation des acquis à long terme. Cependant, comme McKibben et Guay (2002) l'indiquent, la généralisation des acquis peut aussi être conditionnelle aux capacités et aux prédispositions du délinquant.

### 5.1.3 Prédispositions cognitives et psychopathologiques

Looman, Dickie et Abracen (2005) ont cerné différentes caractéristiques propres au délinquant et à sa condition pouvant avoir une incidence sur le déroulement du traitement et sur sa capacité à généraliser les acquis. Autant dans nos cas de réussite que d'échec, nous avons retrouvé un certain nombre de prédispositions pouvant compliquer l'intégration des connaissances acquises en cours de thérapie.

Bien que nous ayons trouvé chez nos quatre participants certains troubles de la personnalité, la présence marquée d'impulsivité chez nos sujets qui ont vécu un échec nous a aussi semblé plus problématique. En effet, nous avons relevé chez Jonathan et Rémi des comportements impulsifs, autant en traitement que lors de leur libération, ce que nous n'avons pas retrouvé chez nos deux autres sujets d'étude. Cette difficulté à se contrôler dans certaines situations, malgré la connaissance des stratégies à appliquer, pourrait expliquer la difficulté à utiliser correctement les connaissances acquises en traitement, comme nous l'avons précédemment mentionné. L'impulsivité étant l'une des manifestations de certains troubles de la personnalité et des orientations antisociales, il semble que des modalités thérapeutiques propres aux sujets présentant de telles caractéristiques devraient être mises de l'avant dans les programmes existants (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Ceci pourrait faciliter la compréhension générale du modèle de la prévention de la récidive et permettre ainsi une meilleure assimilation des stratégies apprises (Nicole, McKibben et Guay, 2005).

Chez Rémi et Jonathan, une instabilité ressort également sur les plans personnel et psychologique. En plus de la présence marquée d'impulsivité, on a remarqué chez Jonathan la présence d'anxiété et l'apparition d'éléments relatifs à la santé mentale, pour lesquels une médication a été prescrite lors de son deuxième retour dans la collectivité (stabilisation de l'humeur). Un problème de consommation d'alcool et de cocaïne a aussi été diagnostiqué lors de son passage à l'IPPM, qui s'est également manifesté lors de son retour

dans la société. Contrairement à Jocelyn qui comptait plusieurs années de sobriété, ce problème est apparu comme étant plus difficile à gérer pour Jonathan. Pour sa part, Rémi a manifesté une grande anxiété lors de son traitement et présentait des problèmes de santé mentale, soit des difficultés d'adaptation et des troubles de l'humeur mixte. Par ailleurs, son fonctionnement intellectuel limité peut également avoir restreint ses apprentissages et expliquer pourquoi les stratégies cognitives, plus facilement intégrables, ont davantage été utilisées par Rémi, même si elles se révèlent moins efficaces à long terme (McKibben, Proulx et Lussier, 2001). Rémi niait aussi sa problématique sexuelle, malgré la présence confirmée d'intérêts sexuels déviants, et minimisait grandement les faits qui lui étaient reprochés. Sa motivation au traitement est demeurée extrinsèque (crainte d'une nouvelle incarcération), ce qui ajoute au faible niveau de résonance qu'ont pu avoir les connaissances qui lui ont été transmises en cours de traitement. Bref, ces éléments sont des facteurs pouvant nuire à l'assimilation et à la généralisation des acquis (Looman, Dickie et Abracen, 2001).

Comme l'indiquent Willis et Grace (2008), certains besoins individuels présentés par les délinquants, sur les plans de la santé physique, de la santé mentale et de l'abus de substances, sont à considérer en priorité lors du retour dans la collectivité. Cependant, à la lumière de nos études de cas, ces besoins ne sont pas à négliger lors du traitement en tant que tel et il est pertinent de tenir compte de chacune des problématiques présentées par le délinquant dans la mise en place de son traitement.

## **5.2 La généralisation des acquis dans la collectivité**

### **5.2.1 Mode de vie**

Dans nos quatre études de cas, nous avons retrouvé certaines composantes reconnues comme essentielles à la réinsertion sociale des délinquants sexuels. Globalement, elles apparaissent plus négatives dans les cas qui ont connu un échec, et plus positives dans les cas de réussite. En conformité avec ce qui est décrit dans la littérature, certains éléments clés peuvent favoriser ou nuire au retour dans la collectivité selon la façon dont ils sont mis en place et gérés dans la société (Taxman, Young et Byrne, 2002).

Pour l'ensemble de nos candidats, la famille est le point central du réseau social. L'importante divergence entre nos deux sous-groupes se retrouve cependant dans l'implication offerte par ce réseau auprès du délinquant. Par exemple, lors de son retour dans la collectivité, Jocelyn avait rompu tout lien avec ses anciens camarades de consommation et les membres de sa famille, personnes qui auraient possiblement été considérées comme négatives pour lui vu son historique familial. Après sa libération, il s'est entouré de différentes personnes fiables, sur qui il savait qu'il pouvait compter en cas de difficulté (famille de sa conjointe, intervenant de la maison de transition et collègues), ce qui est nécessaire pour favoriser un retour réussi dans la collectivité chez les délinquants (Willis et Grace, 2008). Ces gens ayant été mis au courant de sa problématique, cela lui assurait aussi une source de surveillance supplémentaire. En comparaison, bien que les membres de la famille de Jonathan aient été jugés positifs et présents, leur implication nous a toutefois semblé limitée puisque le sujet paraissait vouloir les tenir à distance de son processus thérapeutique. En effet, lors de sa seconde libération, Jonathan a remis à plus tard à quelques reprises la rencontre familiale proposée par le criminologue de l'IPPM, en mentionnant ne pas vouloir les déranger avec une telle proposition. Par ailleurs, le sujet n'avait aucun autre réseau social et était constamment à la recherche d'une relation conjugale, ce qui est rapidement apparu comme inadéquat. Ces situations ont d'ailleurs été considérées comme risquées pour lui et se sont finalement présentées lors de son second retour dans la collectivité. En effet, Jonathan a repris contact avec des membres de son ancien groupe de pairs, élément connu pour augmenter le risque de récidive chez les délinquants sexuels (Willis et Grace, 2008; Hepburn et Griffin, 2004; Hanson et Harris, 2000). Chez Rémi, la faiblesse du réseau social était plus marquée puisque plusieurs liens familiaux ont été rompus après son incarcération. Les liens familiaux maintenus, soit avec sa mère et sa sœur sont finalement apparus comme négatifs, peu fiables et devaient être contrôlés.

Par ailleurs, Pierre-Paul et Jocelyn sont tous deux dans une relation conjugale stable depuis plusieurs années avec leurs conjointes actuelles. La présence d'un partenaire de vie positif permet habituellement une meilleure généralisation des acquis. En effet, en plus d'être une source de soutien positif au quotidien, comme le démontre leur étude de cas respective, les conjointes des deux sujets se sont activement impliquées dans le suivi thérapeutique, dès la libération. Comme le décrivent Lussier et Proulx (2001), les personnes significatives pour

les délinquants doivent connaître leur cycle d'agression afin qu'elles puissent leur offrir le soutien nécessaire lors du retour dans la collectivité.

Ainsi, nous notons que les réseaux sociaux de Jocelyn et de Pierre-Paul sont plus fiables, plus engagés et plus positifs, en plus de bénéficier de la présence de conjointes significatives et impliquées. Puisqu'une des solutions durables à la violence passe par le soutien social offert au délinquant et à la mise en place d'un environnement social adéquat (Stalans, 2004), on doit prévoir des solutions de rechange pour les délinquants peu ou mal entourés. À cet effet, les cercles de soutien et de responsabilité offrent des avenues très prometteuses. En effet, cette initiative propose des résultats intéressants quant à la réduction des taux de récidive sexuelle (Wilson, Cortoni et McWhinnie, 2007). Cela pourrait également faciliter la généralisation des acquis chez les délinquants puisque cette solution fournit au délinquant un entourage de personnes positives.

De la même façon que pour le réseau social, la sphère de l'emploi diffère grandement dans nos deux sous-groupes. En effet, Jocelyn et Pierre-Paul ont tous deux rapidement obtenu un emploi stable lors de leur retour dans la collectivité. Ils s'y sont sentis appréciés et valorisés, soit par leurs fonctions, leur salaire ou les possibilités d'avancement au sein de l'organisation. Comme le décrit Maruna (2001), la sphère de l'emploi permet au délinquant de se réaliser positivement et de légitimer sa place dans la société, ce qui favorise une réinsertion sociale réussie. Le sens qui y est accordé est un autre aspect important à considérer. Chez Jonathan, la sphère de l'emploi s'est révélée négative, car on n'y retrouvait pas les caractéristiques essentielles qui auraient dû y être rattachées selon Maruna (2001). En effet, Jonathan occupait un emploi qu'il disait temporaire, peu valorisant et dont il ne pouvait tirer aucune fierté. Même s'il s'était engagé à trouver rapidement autre chose pour remplacer ce travail non déclaré, Jonathan n'a semblé que très peu motivé par sa recherche d'emploi. Par ailleurs, autant chez Jonathan que chez Rémi, il est ressorti une difficulté à garder les emplois trouvés, ceci semblant surtout être en lien avec leur impulsivité. Certaines autres difficultés ont été plus particulièrement notées chez Rémi au sujet de l'emploi (passivité, abandon, emploi inadéquat vu sa problématique de délinquance sexuelle...) et/ou de ses cours d'alphabétisation, malgré sa participation à des programmes correctionnels visant l'amélioration de ses habiletés professionnelles.

Il devient donc pertinent, selon nous, de s'interroger sur les difficultés vécues par ces deux sujets. Comme pour les précédents aspects, les caractéristiques personnelles des individus peuvent avoir une influence sur l'emploi et leur capacité à conserver un poste. Puisqu'il s'agit d'un aspect important, ayant une incidence sur la réussite ou l'échec de la réinsertion sociale des délinquants, il semble souhaitable qu'ils participent le plus tôt possible après leur arrivée en communauté à des programmes correctionnels visant l'intégration sur le marché du travail. Ceci permettrait aux délinquants d'avoir les compétences nécessaires pour obtenir un emploi qu'ils jugent intéressant, mais aussi d'augmenter leurs habiletés sociales et relationnelles dans le cadre de ce travail (Rakis, 2005; Saylor et Gaes, 1997). Selon le besoin présenté par le délinquant lors de la libération, un suivi plus étoffé aurait possiblement sa place, par le biais d'organismes tels qu'OPEX par exemple, afin de s'assurer de la généralisation des acquis faits en cours d'incarcération.

Finalement, la dichotomie présente entre les cas de réussite et d'échec se retrouve également dans le domaine du logement, composante ayant un important rôle à jouer dans la réussite ou l'échec du retour dans la collectivité selon la littérature portant sur le sujet (Willis et Grace, 2008). Nos quatre sujets d'étude ont tous été assignés à résidence, soit dans un CRC ou dans un CCC, et ont été soumis à un certain encadrement, plus ou moins strict selon le déroulement de leur séjour. Le séjour de Jocelyn et de Pierre-Paul est décrit comme positif. Vu la structure et l'organisation qu'ils présentaient, le passage de Pierre-Paul en maison de transition a été bref. Pour Jocelyn, ce séjour s'est prolongé afin de lui permettre de consolider ses apprentissages. La maison de transition a été pour lui un tremplin afin de favoriser la généralisation de ses acquis au quotidien, ceci étant son principal défi en fin de traitement. Après leur séjour en transition, Pierre-Paul et Jocelyn ont tous deux actualisé un projet qui leur tenait à cœur, soit cohabiter avec leur conjointe. Jusqu'à maintenant, la stabilité de la composante du logement est maintenue chez ces deux délinquants. Cependant, pour Jonathan et Rémi, leur assignation à résidence a témoigné d'une instabilité, ce qui a fait en sorte qu'aucune autre expérience que celle en maison de transition n'a été tentée lors de leur retour respectif dans la collectivité.

Bref, il est intéressant de constater la différence marquée entre nos deux sous-groupes, fidèle à ce que la littérature met en lumière au sujet de la réinsertion sociale des délinquants sexuels. Il est clairement ressorti que Rémi et Jonathan présentaient un mode vie instable et



moins structuré, tout en étant moins bien entourés. Au regard de ce que nous avons mis de l'avant dans la précédente section, il apparaît que les caractéristiques propres à chacun des délinquants ont certainement un rôle à jouer dans chacune des différentes sphères présentées ici, soit le réseau social, l'emploi et le logement. Cependant, le portrait dressé laisse transparaître l'importance de tenir compte de chacune de ces composantes lors du retour dans la société afin de généraliser au maximum les acquis faits en thérapie. Il semble donc logique de dire que plus ces sphères sont stabilisées, plus facilement les délinquants pourront mettre à profit ce qu'ils ont appris en traitement.

### 5.2.2 Continuité thérapeutique et suivis légaux

Chacun des sujets s'est vu imposer, dans le cadre de ses conditions légales, l'obligation de suivre un traitement spécialisé en lien avec sa déviance sexuelle. Selon les besoins présentés et la situation propre à chacun des délinquants, le suivi offert au CPLM semblait pouvoir prendre différentes formes et s'inscrire dans un processus thérapeutique de maintien des acquis pour les détenus fédéraux ayant préalablement complété le traitement offert à l'IPPM. Présentant des besoins criminogènes élevés, la continuité thérapeutique offerte à ces délinquants sexuels lors de leur retour dans la collectivité permet d'augmenter la probabilité du maintien et de la généralisation des gains thérapeutiques (Lussier et Proulx, 2001). Un suivi quant à la présence de situations potentiellement à risque dans la vie des délinquants, quant à leurs préoccupations sexuelles et à la présence de fantasmes sexuelles déviantes y est donc assuré.

Jocelyn est le sujet qui demeurerait le plus vigilant par rapport à ses situations à risque. Malgré une certaine lourdeur associée au fait d'être constamment surveillé, il nous a semblé conscient de l'importance de garder une attitude alerte face à celles-ci, en reconnaissant l'impact négatif qu'elles pourraient avoir si elles s'actualisaient. Rémi, quant à lui, connaissait chacune d'entre elles, sans toutefois en démontrer la maîtrise et la compréhension totale. Il est apparu qu'il n'avait que très peu intégré ce qu'il avait appris, à l'exception du fait qu'une nouvelle incarcération était possible. Il s'est donc retrouvé à de nombreuses reprises dans des situations à risque, sans en faire une gestion adéquate, ce qui lui a d'ailleurs valu deux suspensions de sa liberté. Jonathan et Pierre-Paul se sont montrés peu vigilants par rapport aux situations à risque qu'ils avaient établies lors de leur

traitement. En effet, ils semblaient entretenir l'idée qu'une nouvelle récurrence d'ordre sexuel était impossible. Cependant, contrairement à Jonathan, l'ensemble des professionnels impliqués dans la réinsertion sociale de Pierre-Paul n'a observé aucun élément pouvant le placer à risque. Ainsi, le quotidien de Jonathan et Rémi comportait des situations les plaçant à risque (ex. les relations affectives inadéquates), une difficulté à les reconnaître et à les gérer adéquatement. Par ailleurs, ces deux sujets avaient plus de préoccupations sexuelles au quotidien. Toutefois, cet aspect est difficilement comparable puisque Pierre-Paul et Jocelyn n'ont que très peu abordé ce sujet depuis le début de leur suivi.

Bref, Jocelyn et Pierre-Paul ont tiré profit d'une continuité thérapeutique telle que décrite dans la littérature, soit des rencontres de suivi et de consolidation de leurs apprentissages dont la fréquence a diminué au fil du temps (Lussier et Proulx, 2001). Inversement, les besoins de Rémi et de Jonathan sont allés en augmentant, ce qui, selon nous, ne s'apparente plus à un maintien des acquis, mais bien à une démarche thérapeutique plus soutenue. Ceci suggère donc que pour ces deux participants, un plus long traitement à l'interne aurait été bénéfique et aurait pu favoriser une meilleure généralisation des acquis lors du retour dans la collectivité (McKibben, Proulx et Lussier, 2001; Aubut, Proulx, Lamoureux et McKibben, 1998).

De la même façon que pour leur suivi thérapeutique, Jonathan et Rémi ont vu leur encadrement légal se resserrer au fur et à mesure qu'avancait leur séjour dans la collectivité, soit par des communications fréquentes entre les différents professionnels, l'intensification du nombre de rencontres avec leur ALC, les recadrages et les mises au point nécessaires et finalement, les mesures de suspension. Ils ont également présenté une instabilité dans de nombreuses sphères de vie qui a nécessité, de la part des différents intervenants, un encadrement au quotidien afin d'éviter les escalades. Contrairement aux deux autres participants, Jonathan et Rémi ont connu des bris de condition et un manque important de transparence dans leurs contacts avec les différents professionnels. Bref, les sujets pour qui l'assimilation et l'application des connaissances transmises en thérapie étaient plus difficiles sont également ceux pour qui des mesures de contrôle et de surveillance plus sévères et supplémentaires ont dû être mises en place. Sans que ce soit exactement ce qui est décrit par Stalans (2004) comme étant une probation spécialisée, la supervision et l'encadrement accrus imposés à Jonathan et à Rémi semblent s'en

rapprocher. Ce genre de mesures propose des résultats intéressants chez les délinquants sexuels, en faisant diminuer significativement les taux de récidive (Stalans, 2004). Bien qu'il n'y ait pas eu de récidive sexuelle, Jonathan et Rémi ont été considérés comme des cas d'échec puisqu'il y a eu révocation de leur liberté au moins une fois. Ainsi, vu la difficulté de ces délinquants à généraliser leurs acquis, il est possible que cette supervision intensifiée ait permis d'éviter une récidive de nature sexuelle. Selon le profil des délinquants, la mise en place plus systématique de telles mesures pourrait donc être souhaitable. De plus, sous l'angle de la réduction des méfaits généralement utilisé dans l'intervention en toxicomanie, le retour au pénitencier dans de telles circonstances (suspension de la liberté) ne s'avère pas nécessairement négatif ou ne doit pas être considéré comme un échec total. En effet, une suspension de la liberté peut stopper le cycle délictuel, éviter une récidive et favoriser une reprise en main de la part des délinquants. De plus, la réincarcération pourrait être vue comme un moyen adéquat pour réduire les conséquences négatives liées à leurs comportements problématiques.

### 5.2.3 Projet de vie

La théorie mise de l'avant par Maruna (2001) peut être intéressante pour expliquer, du moins en partie, la différence entre les cas d'échec et de réussite. Par exemple, Pierre-Paul et Jonathan présentaient initialement des prédispositions semblables à la délinquance, notamment sur le plan de leurs orientations antisociales. Cependant, les conclusions quant à leur traitement et à leur gestion dans la collectivité ont été tout à fait différentes. Ainsi, la distinction entre les deux sujets pourrait résider dans leur motivation au changement et dans l'élaboration réaliste de projets d'avenir personnels, plutôt que dans leurs caractéristiques personnelles (Maruna, 2001). Dès le début de son traitement, Jonathan lui-même et les différents professionnels ont noté une ambivalence quant à sa possibilité de changer, ambivalence qui était encore présente jusqu'à sa plus récente suspension. Par ailleurs, ses projets d'avenir paraissaient irréalistes, puisque ceux-ci devaient, selon le sujet, se produire tel qu'il en avait décidé, sans possibilité d'erreur ou d'embûche en cours de route. Parallèlement, nous avons constaté chez Pierre-Paul un changement d'attitude marquant dans son implication dans son traitement. Lors de son retour dans la collectivité, il avait clairement établi ses priorités et savait déjà dans quoi il souhaitait s'investir. En effet, un changement radical s'est opéré chez lui, motivé par l'importance accordée à sa vie familiale

et à son désir de la préserver, en se disant conscient de la chance qu'il avait que sa conjointe accepte de demeurer avec lui. De plus, le fait qu'il est aujourd'hui atteint d'une maladie incurable peut également lui avoir permis de faire des prises de conscience en ce sens.

Alors que les situations initiales des sujets se ressemblaient, il semble que les prises de conscience qu'a faites Pierre-Paul en cours de traitement et sa croyance en son propre changement et en ses possibilités d'avenir ont influé sur la généralisation de ses acquis. Sa motivation au traitement semble donc avoir évolué, en passant d'externe en début de traitement (obtention d'une libération plus rapide) à interne lors de son retour dans la société (importance de ses projets de vie). Ainsi, en s'intéressant de manière plus globale au processus de changement des délinquants, à la manière de Prochaska et Diclemente (1992) par exemple, ou encore en introduisant des principes du GLM au traitement, la généralisation des acquis chez les délinquants sexuels pourrait être facilitée.

#### 5.2.4 Facteurs de risque dynamiques

L'analyse du retour dans la collectivité de ces quatre délinquants sexuels, selon certaines sphères particulières de leur réinsertion sociale, nous a permis de faire la comparaison entre deux sous-groupes de délinquants, soit ceux ayant réussi leur retour dans la société et ceux pour qui il s'agit d'un échec. Il a donc été intéressant de constater chez Jonathan et Rémi la présence de certains facteurs de risque dynamiques reliés à la récidive sexuelle lors du retour dans la collectivité, que nous avons mis de l'avant dans les précédentes sections. En effet, Hanson et Harris (2000) ont démontré que les délinquants sexuels les plus à risque lors de leur retour dans la société étaient ceux qui avaient des difficultés d'autorégulation, un réseau social faible, un mode de vie antisocial et une coopération déficiente pendant leur supervision légale. Il est également apparu que ces deux sujets présentaient des besoins plus importants sur les plans de la thérapie et des besoins individuels, soit des problèmes ou des antécédents de santé mentale et un abus de substances psychoactives chez Jonathan. La présence de ces différents aspects chez les délinquants lors de leur libération peut grandement influencer sur la réussite ou l'échec de leur retour dans la collectivité (Birmingham, Gray, Mason et Grubin, 2000; Gagliardi, Lovell, Peterson et Jemelka, 2004; Petersilia, 2003).

Bref, à la lumière de ces constats, il apparaît primordial qu'un portrait global du délinquant soit dressé avant son retour dans la société, afin que ses besoins soient clairement établis et qu'on puisse rapidement y répondre lors de sa libération (Hammett, Roberts et Kennedy, 2001). Pour ce faire, le plan de réinsertion sociale devient un outil essentiel qui peut avoir un impact sur le risque de récidive (Willis et Grace, 2008). Dans le cadre de notre projet de maîtrise, nous avons obtenu peu de détails sur le contenu et l'élaboration des plans de sortie de nos sujets à l'étude. Il est donc difficile de comparer la réalité de nos participants avec ce qui est rapporté dans la littérature. Cependant, il nous semble pertinent de souligner l'importance de tenir compte de ces plans de sortie, afin qu'ils reflètent réellement la « lourdeur » des besoins des délinquants. En effet, nous avons constaté que les délinquants les plus à risque de récidive ont souvent les plans de réinsertion sociale les moins élaborés (Willis et Grace, 2008), ce qui ne facilite pas la mise en place d'éléments favorisant la généralisation des acquis dans cette population.

## CONCLUSION

Une généralisation des acquis réussie chez les agresseurs sexuels fait appel à différentes composantes du cheminement du délinquant, autant lors de son traitement que lors de son retour dans la collectivité. Les traitements de type cognitivo-comportemental offerts aux délinquants sexuels semblent jusqu'à maintenant les plus efficaces afin de réduire les taux de récidive (Hanson, Bourgon, Helmus et Hogson, 2009). L'intégration des principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité au programme de traitement, élaborés par Andrews et ses collègues (1990), permet des résultats supérieurs et durables à long terme (McGuire, 2001). De plus, en enseignant aux délinquants des stratégies de type cognitivo-comportemental, les probabilités de maintenir les connaissances apprises en traitement sont accrues. Toutefois, en accord avec le principe de réceptivité, l'intégration et l'utilisation de ces techniques dépendent de plusieurs éléments, dont les caractéristiques personnelles de chacun (Looman, Dickie et Abracen, 2005). La réelle application de ces connaissances dépendra de différents facteurs et de la façon dont on en tiendra compte lors de la libération. De fait, l'élaboration du plan de réinsertion sociale, l'employabilité, le soutien social, le logement et la continuité thérapeutique sont des éléments primordiaux au moment de réintégrer la société afin de faciliter la généralisation des acquis chez les agresseurs sexuels (Willis et Grace, 2008). En effet, c'est à ce moment que l'application des apprentissages faits en traitement est essentielle à l'évitement de la récidive.

Les études de cas rapportées dans le présent rapport de stage ont permis de mettre en lumière la réalité vécue par les délinquants sexuels lors de leur retour dans la collectivité. En conformité avec la littérature scientifique portant sur la généralisation des acquis, il est apparu que les sujets pour qui ce processus était problématique avaient plus de difficultés à détecter et à gérer leurs situations à risque et employaient davantage les stratégies cognitives pour y faire face. Comme McKibben, Proulx et Lussier (2001) l'indiquent, les techniques comportementales sont plus efficaces à long terme, ce que nous avons effectivement observé dans différentes sphères de vie des deux sujets considérés comme des cas de réussite. Bien que les quatre sujets à l'étude présentent tous des prédispositions cognitives et psychopathologiques pouvant nuire à leur processus d'assimilation et de généralisation des connaissances, une plus grande instabilité est ressortie des cas d'échec. En effet, nous y avons retrouvé la présence marquée d'impulsivité et des problématiques

individuelles moins bien contrôlées. Par ailleurs, les caractéristiques que Willis et Grace (2008) considèrent comme importantes à prendre en compte lors du retour dans la collectivité tracent une dichotomie entre les deux sous-groupes. En effet, les sujets qui ont échoué sont caractérisés par un mode de vie instable, tant sur le plan du soutien social et de l'emploi que du logement. Ils ont également présenté des besoins d'encadrement plus importants sur les plans thérapeutique et légal. Finalement, leurs projets personnels et d'avenir sont aussi ressortis comme étant mal définis et/ou irréalistes. Bref, l'analyse de ces quatre sujets au regard de la littérature nous a permis de cerner la présence de facteurs de risque dynamiques lors du retour dans la collectivité, à savoir les difficultés d'autorégulation, un faible réseau social, un mode de vie antisocial et le manque de coopération pendant la supervision légale, pour lesquels on doit envisager différentes solutions.

Le manque d'intégration des connaissances nécessaires à une généralisation des acquis complète pourrait certainement se corriger ou, du moins, s'améliorer par des traitements s'étendant sur une plus longue période de temps (McKibben, Proulx et Lussier, 2001; Aubut, Proulx, Lamoureux et McKibben, 1998). Le prolongement de la durée du traitement permettrait aux délinquants un apprentissage maximal et la répétition des techniques et des stratégies apprises, en vue de faciliter l'intégration et la généralisation de celles-ci.

Par ailleurs, l'ensemble des besoins criminogènes présentés par le délinquant doit être abordé dans le cadre du traitement. Cependant, tout en s'assurant du respect des principes du risque, des besoins criminogènes et de la réceptivité, il apparaît que l'introduction de composantes du GLM peut s'avérer bénéfique afin d'éviter une possible récidive chez les délinquants sexuels. Dans cette population, cette approche peut agir comme un facteur de protection pour toute forme de récidive (Willis et Grace, 2008). Elle semble donc prometteuse dans l'optique d'une meilleure généralisation des acquis. De plus, l'introduction de ces principes dans le traitement et dans la gestion des délinquants sexuels dans la collectivité peut faciliter le processus de changement chez eux et améliorer la motivation de certains, puisqu'il s'agit du reflet de leurs priorités dans la vie (Ward, Day et Casey, 2006). En effet, l'approche proposée par le GLM permet l'élaboration d'un projet de vie réaliste et concret, ainsi qu'un plan de réinsertion sociale tenant en compte des désirs et du bien-être du délinquant. Par l'identification de besoins secondaires, certaines conditions

essentielles à un retour réussi dans la collectivité sont prises en compte, tel un emploi stable et valorisant, ce qui peut contribuer au maintien des gains thérapeutiques au moment de la réinsertion sociale (Maruna, 2001).

Le retour dans la collectivité est le moment où la généralisation des acquis prend véritablement forme. La réinsertion sociale du délinquant sexuel revêt donc une grande importance, qu'il importe de ne pas négliger. Comme le souligne Maruna (2001), il est nécessaire d'investir de façon permanente dans ce processus. Divers organismes proposent déjà des ressources de soutien aux délinquants lors de leur libération. Cependant, la présente analyse nous amène à conclure que des suivis plus étoffés sont nécessaires afin de maximiser les probabilités d'un retour réussi dans la collectivité. Par exemple, il est apparu que la sphère de l'emploi tient un rôle important dans le processus de réhabilitation du délinquant. Différentes opportunités lui sont donc offertes sur ce plan tout au long de son parcours correctionnel (programmes d'étude, programmes correctionnels, etc.). Cependant, lors du retour dans la collectivité, peu d'organisations peuvent fournir un soutien dans cette sphère. Et elles ne sont pas en mesure d'offrir les ressources nécessaires pour encadrer et guider individuellement le délinquant lorsque des difficultés surviennent.

Bref, le présent projet de maîtrise nous a permis de mettre en lumière différents aspects relatifs à la généralisation des acquis chez les délinquants sexuels adultes. Comme les études de cas l'ont démontré, malgré la présence d'une problématique de déviance sexuelle ancrée et la lourdeur associée à la gestion de certains délinquants dans la collectivité, il est possible qu'un tel individu puisse réintégrer positivement la société. Au cours des dernières décennies, le domaine de l'agression sexuelle a été marqué par la mise en place de différentes mesures complémentaires au traitement, permettant ainsi le maintien des délinquants sexuels dans la collectivité après leur libération. Il suffit de penser à la déclaration de délinquant dangereux ou à contrôler, qui permet maintenant de garder une emprise légale sur un délinquant présentant des risques de récidive élevés, tout en lui offrant l'encadrement nécessaire afin qu'il puisse se retrouver dans la collectivité et mettre à profit ce qu'il a appris en traitement.



## **ANNEXE 1 : GRILLE D'ENTREVUE SEMI-STRUCTURÉE**

### **SECTION 1 : Identification**

**Nom :**

**Prénom :**

**Âge :**

**État civil :**

**Statut légal :**

**Sentence :**

**Chef(s) d'accusation :**

**Semi-liberté :**

**Libération conditionnelle :**

**Libération d'office :**

**Fin de mandat :**

**OSLD :**

**Traitement à l'IPPM effectué :**

**Suivi au CPLM depuis :**

### **SECTION 2 : Objectifs de traitement (IPPM)**

#### **2.1 Élaborés par l'équipe de traitement :**

-  
-  
-  
-

Progression notée en cours de traitement :

#### **2.2 Sur le plan des habiletés sociales :**

-  
-  
-

Progression notée en cours de traitement :

#### **2.3 Prévention de la récidive :**

Situations à risque ciblées et moyens trouvés :

-

- 
- 

Depuis le retour dans la collectivité, ces situations se sont-elles présentées?

Ont-elles changées/évoluées? D'autres situations ont-elles été identifiées?

Les moyens ciblés en cours de traitement ont-ils été utilisés? Lesquels? De quelle façon?

## **2.4 Fin de traitement :**

### *2.4.1 Vision de l'équipe*

Conclusion de l'équipe/Résumé de dossier :

Cibles de travail restantes :

### *2.4.2 Vision du participant quant à son traitement*

- En début de traitement :
- En fin de traitement :
- Aujourd'hui :

Comment qualifierait-il son cheminement?

Vision du patient par rapport aux conclusions émises lors de sa fin de traitement :

Importance accordée au traitement dans sa réinsertion sociale

Utilisation des apprentissages acquis en cours de traitement :

- Dans quelles situations?
- De quelle façon?
- Souvent (quelques fois, tous les jours...)?
- Sinon, pourquoi?

## **2.5 Autres problématiques présentes dans la vie du sujet (physiques, psychologiques, santé mentale) et suivis à ce sujet :**

### *Section 3 : Fin du traitement à l'IPPM/retour dans la collectivité*

#### **3.1 Départ de l'IPPM/ce qui a été mis en place en fin de traitement**

Retour au pénitencier? Si oui, pour combien de temps?

La mise en application des nouveaux apprentissages et connaissances a-t-elle été possible à ce moment?

- Dans quel contexte?
- Apprentissages appliqués :

Différences dans le séjour au pénitencier avant et après le traitement à l'IPPM?

Autre traitement/cheminement thérapeutique au pénitencier?

Lors du retour au pénitencier, un plan de réinsertion sociale était-il déjà prévu?

#### **3.2 Ce qui a été mis en place lors de la mise en liberté**

Conditions de libération conditionnelle :

##### *3.2.1 Assignation à résidence (maison de transition)*

- Endroit (ville différente d'où les délits ont été commis?) :
- Durée :
- Encadrement et conditions en maison de transition (Respect de celles-ci? manquements?) :
- Buts et objectifs de la transition :
- Atteinte de ces buts et objectifs (indicateurs?) :

##### *3.2.2 Habitation/résidence à la suite de l'assignation à résidence*

- Type d'habitation :

- Endroit (ville différente d'où les délits ont été commis? différente de la transition?) :
- Avec qui :
- Ceci correspondait-il à ses besoins (satisfaction?) :

*3.2.3 Ressources ciblées lors de la réinsertion sociale (buts et objectifs – Durée – Atteinte des objectifs – Satisfaction) :*

- Emploi :
- Loisirs :
- Éducation/scolarité :
- Logement :
- Soutien :
- Famille :

*3.2.4 Environnement social*

Présence des **membres de la famille** (enfants, famille immédiate et étendue) :

Si oui :

- Qui :
- Fréquence des contacts :
- Rôle/implication :
- Vision du participant de cette présence :

Sinon, pour quelle raison?

- Vision du sujet de cette absence/ce refus :

Présence d'un **réseau social** :

- De qui il est composé :
- Rôle/implication de ces personnes :
- Vision de la composition de ce réseau (positive ou négative) :

- Rôle du sujet à l'intérieur de ce réseau :

Présence d'une **relation affective/conjugale** :

- Description/vision de cette relation :
- Durée (relation engagée avant le délit? Après la réinsertion sociale?) :

### *3.2.5 Emploi*

Le sujet a-t-il un emploi?

- Titre/fonction :
- Comment l'emploi a-t-il été trouvé?
- Plusieurs emplois ont-ils été occupés depuis la réinsertion sociale?
- Présence de problèmes financiers :

### *3.2.6 Suivis professionnels/continuité thérapeutique*

Suivi 1 :

- Type de professionnels :
- Condition/volontaire? :
- Buts et objectifs poursuivis par ce suivi :
- Vision de ce suivi :
- Fréquence (y a-t-il eu une diminution?) :
- Implication :
- Fin du suivi prévue le :

Suivi 2 :

- Type de professionnels :
- Condition/volontaire? :
- Buts et objectifs de ce suivi :
- Vision de ce suivi :

- Fréquence (y a-t-il eu une diminution?) :
- Implication :
- Fin du suivi prévue le :

#### SECTION 4 : Habitudes de vie

### **4.1 Activités pratiquées au quotidien (loisirs, sports et activités sociales)**

#### Activité 1

- Temps consacré à cette activité :
- Avec qui :
- À quel endroit :
- Sens donné à cette activité :

#### Activité 2

- Temps consacré à cette activité :
- Avec qui :
- À quel endroit :
- Sens donné à cette activité :

## RÉFÉRENCES

- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 11(2), 101-116.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., et Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28(3), 369-404.
- Andrews, D. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. Dans J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing re-offending: guidelines from research and practice* (pp. 35-62). Chichester: John Wiley.
- Andrews, D. A. (2001). Principes des programmes correctionnels efficaces. Dans L. L. Motiuk et R. C. Serin (Dir.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces, volume 1* (pp. 10-19). Ottawa : Service correctionnel Canada.
- Aubut, J., Proulx, J., Lamoureux, B., et McKibben, A. (1998). Sexual offenders' treatment program of the Philippe Pinel Institute of Montréal. Dans W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, S. M. Hudson, T. Ward (Dir.), *Sourcebook of treatment for sexual offenders* (pp. 221-235). New York: Plenum Press.
- Aubut, J. (1993). La prévention de la récidive : Un apprentissage bio-psycho-social. Dans J. Aubut (Dir.), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* (pp. 146-153). Montréal : Les éditions de la Chenelière.
- Birmingham, L., Gray, J., Mason, D., et Grubin, D. (2000). Mental illness at reception into prison. *Criminal behaviour and mental health*, 10, 77-87.
- Bonta, J., et Andrews, D. A. (2003). A commentary on Ward and Stewart's model of human needs. *Psychology, Crime and Law*, 9, 215-218.
- Centre de psychiatrie légale de Montréal. (2006). *Programme d'évaluation et de traitement pour agresseurs sexuels adultes*. Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Comité de collaboration sur les données collectives relatives aux résultats. (2007). *Recherche sur l'efficacité des programmes de traitement pour délinquants sexuels : Lignes directrices du CCDCR aux fins d'évaluation. Partie 1 : introduction et aperçu* (Rapport de recherche n° 2007-02). Ottawa: Sécurité publique du Canada.
- Côté, M., et Nicole, A. (2009). Déviance sexuelle et chronicité : L'expérience de suivis sur des décennies. Dans M. Tardif et A. McKibben (Dir.), *L'agression sexuelle : Transformations et paradoxes* (pp. 26-28). Montréal : Cifas- Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Cullen, F. T. (2005). The twelve people who saved rehabilitation: How the science of criminology made a difference. *Criminology*, 43(1), 1-42.

- Furby, L., Weinrott, M. R., et Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism: A review. *Psychological bulletin*, 105 (1), 3-30.
- Gagliardi, G. L., Lovell, D., Peterson, P. D., et Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law and human behavior*, 28, 133-155.
- Gallagher, C. A., Wilson, D. B., Hirschfield, P., Coggeshall, M. B., et Mackenzie, D. L. (1999). A quantitative review of the effects of sex offender treatment on sexual reoffending. *Corrections management quarterly*, 3, 19-29.
- Gouvernement du Canada (Page consultée le 8 novembre 2009). *Commission nationale des libérations conditionnelles*, Répéré au [www.npd-clnc.gc.ca](http://www.npd-clnc.gc.ca)
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(5), 802-809.
- Hammett, T. M., Roberts, C., et Kennedy, S. (2001). Health-related issues in prisoner reentry. *Crime & delinquency*, 47, 390-410.
- Hanson, R. K., et Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66, 348-362.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L., et Hodgson, S. (2009). *Méta-analyse de l'efficacité du traitement des délinquants sexuels : risque, besoin et réceptivité* (Rapport de recherche n° 2009-01). Ottawa : Sécurité publique du Canada.
- Hanson, R. K., et coll. (2002). First report on the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 14(2), 169-197.
- Hanson, R. K., et Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis* (Rapport de recherche n°2002-02). Ottawa : Sécurité publique du Canada.
- Hanson, R. K., et Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic risk predictors of sexual offence recidivism. *Criminal justice and behavior*, 27, 6-35.
- Hepburn, J. R., et Griffin, M. L. (2004). The effect of social bonds on successful adjustment to probation: An event history analysis. *Criminal Justice Review*, 29, 46-75.
- Hollin, C. R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: Evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. Dans C. R. Hollin et E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: development, application, and controversies* (pp. 33-69). Angleterre : John Wiley.



- Institut Philippe-Pinel de Montréal. (Page consultée le 25 octobre 2008). *Site de l'institut Philippe-Pinel de Montréal*, Répéré au <http://www.pinel.qc.ca>
- Institut Philippe-Pinel de Montréal. (Page consultée le 28 novembre 2008). *Code d'éthique*, Répéré au [http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?nav\\_id=183&lang\\_id=F](http://www.pinel.qc.ca/ContentT.aspx?nav_id=183&lang_id=F)
- Kenworthy, W. L., Adams, C. E., Bilby, C., Brooks-Gordon, B., et Fenton, M. (2008). Psychological interventions for those have sexually offended or are at risk of offending (Review). *The Cochrane Collaboration*, 3, 1-49.
- Kirsch, L. G., et Becker, J. V. (2005). Theory of problem, theory of change, and implications for treatment effectiveness. *Agression and violent behaviour*, 11, 208-224.
- Landenberger, N. A., et Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of experimental criminology*, 1, 451-476.
- Leschied, W. A., Bernfeld, A. G., et Farrington, P. D. (2001). Implementation issues. Dans G. A. Bernfeld, D. P. Farrington et A.W. Leschied (Eds.), *offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs*. Chichester : John Wiley.
- Lester, D., et Hurst, G. (2000). Treating sex offenders. Dans P. Van Voorhis, M. Braswell et D. Lester, (Dir.), *Correctional counseling & rehabilitation* (4<sup>e</sup> éd.). Cincinnati : Anderson Publishing co.
- Lester, D., et Van Voorhis, P. (2000). Cognitive therapies. Dans P. Van Voorhis, M. Braswell et D. Lester, (Dir.), *Correctional counseling & rehabilitation* (4<sup>e</sup> éd.). Cincinnati : Anderson Publishing co.
- Lindsay, W. R., Ward, T., Morgan, T., et Wilson, I. (2006). Self-regulation of sex offending, future pathways and the Good lives model: Applications and problems. *Journal of sexual aggression*, 13(1), 37-50.
- Looman, J., Dickie, I., et Abracen, J. (2005). Responsivity issues in the treatment of sexual offenders. *Trauma, violence & abuse*, 6(4), 330-353.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. Dans J. McGuire (Ed.), *What Works: Reducing Re-offending: Guidelines from Research and Practice* (pp. 79-114). Chichester : John Wiley.
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice. Dans G. A. Bernfeld, D. P. Farrington et A. W. Leschied (Ed.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs*. Chichester : John Wiley.
- Lösel, F., et Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of experimental criminology*, 1, 117-146.

- Lussier, P., et Proulx, J. (1998). Prédicteurs psychométriques et phallométriques de la fin prématurée du traitement chez les agresseurs sexuels. *Revue sexologique*, 6(1), 143-173.
- Lussier, P., et Proulx, J. (2001). Le traitement et l'évaluation des agresseurs sexuels : Perspectives nord-américaines et européennes. *Revue internationale de criminologie et de police technique et scientifique*, 54, 69-87.
- Mann, R. E., et Fernandez, Y. M. (2006). Sex offender programmes: Concept, theory, and practice. Dans C. R. Hollin et E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes : development, application, and controversies* (pp. 155-179). Angleterre : John Wiley.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., et West, M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal justice and behavior*, 21, 28-54.
- Marques, J., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C., et Ommeren, A. V. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's sex offender treatment and evaluation project (SOTEP). *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 17(1), 79-106.
- Marshall, W. L., et Marshall, L. E. (2007). The utility of the random controlled trial for evaluating sexual offender treatment: The gold standard or an inappropriate strategy?. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 19 (2), 175-191.
- Marshall, W. L., et Williams, S. (2001). L'évaluation et le traitement des délinquants sexuels. Dans L. L. Motiuk et R.C. Serin (Dir.), *Compendium 2000 des programmes correctionnels efficaces : Volume 1* (pp. 151-163). Ottawa : Service correctionnel Canada.
- Marshall, W. L., et Serran, G. A. (2000). Improving the effectiveness of sexual offender treatment. *Trauma, Violence & Abuse*, 1(3), 203-222.
- Maruna, S. (2001). *Making good: How ex-convicts reform and rebuild their lives*. Washington, D.C : American Psychological Association.
- Mcgrath, R. J., Hoke, S. E., et Vojtisek, J. E. (1998). Cognitive-behavioral treatment of sex offenders: A treatment comparison and long-term follow-up study. *Criminal justice and behaviour*, 25, 203-225.
- McGuire, J., et Priestley, P. (1995). Reviewing « What works »: Past, Present and future. Dans J. McGuire (Ed.), *What Works: Reducing Re-offending: Guidelines from Research and Practice* (pp. 3-34). Chichester : John Wiley.
- McGuire, J. (2001). What works in correctional intervention? Evidence and practical implications. Dans G.A. Bernfeld, D.P. Farrington et A.W. Leschied (Eds.), *Offender*

*rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs.*  
Chichester : John Wiley.

- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: Concept, theory, and practice. Dans C.R. Hollin et E.J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (pp. 69-113). Angleterre : John Wiley.
- McKibben, A., et Guay, J. P. (2002). La mesure des progrès en traitement chez les agresseurs sexuels : Problématique, cadre théorique et approche phénoménologique. *Forensic : Revue de psychiatrie et psychologie légales*, 12, 9-16.
- McKibben, A., Proulx, J., et Lussier, P. (2001). Sexual aggressors' perceptions of effectiveness of strategies to cope with negatives emotions and deviant sexual fantasies. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 13(4), 257-273.
- Moos, R. H., Finney, J.W., et Cronkite, R. C. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York : Oxford University Press.
- Motiuk, L. L., et Vuong, B. (2005). *Délinquants condamnés pour un homicide, une infraction sexuelle, un vol qualifié ou une infraction liée à la drogue dans le système correctionnel fédéral : Revue de fin d'année 2004* (Rapport de recherche n° B-37). Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Nicole, A. (2008). *Traitement des agresseurs sexuels : Expérience de l'IPPM*. Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Nicole, A., McKibben, A., et Guay, J.P. (2005). Des stratégies de gestion des affects et des fantasmes sexuelles déviantes pour prévenir la récidive. Dans M. Tardif (Dir.), *L'agression sexuelle : Coopérer au-delà des frontières* (pp. 195-212). Montréal : Cifas-Institut Philippe-Pinel de Montréal.
- Petersilia, J. (2004). What works in prisoner reentry? Reviewing and questioning the evidence. *Federal probation*, 68(2), 4-8.
- Polizzi, D. M., Mackenzie, D. L., et Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison- and non- prison- based treatment programs. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 43(3), 357-374.
- Proulx, J., Brien, T., Ciampi, A., et Allaire, J. F. (2004). La fin prématurée du traitement chez des agresseurs sexuels adultes.
- Rakis, J. (2005). Improving the employment rates of ex-prisoners under parole. *Federal probation*, 69, 4-8.
- Roy, S. (2008). *La délinquance sexuelle : À la recherche d'une solution : Consultation publique*. Assemblée nationale du Québec.

- Saylor, W. G., et Gaes, G. G. (1997). Training inmates through industrial work participation and vocational and apprenticeship instruction. *Corrections management quarterly*, 1, 32-43.
- Service correctionnel Canada. (Page consultée le 9 mars 2010). *Site du Service correctionnel du Canada*, Répéré au <http://www.csc-scc.gc.ca>
- Seto, M. C., Marques, J. K., Harris, G. T., Chaffin, M., Lalumière, M. L., Miner, M. H., Berliner, L., Rice, M. E., Lieb, R., et Quinsey, V. L. (2008). Good science and progress in sex offender treatment are intertwined: A response to Marshall and Marshall (2007). *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 20 (3), 247-255.
- Stalans, L. J. (2004). Adult sex offenders on community supervision: A review of recent assessment strategies and treatment. *Criminal justice & behaviour*, 31(5), 564-608.
- Taxman, F. S., Young, D., et Byrne, J. M. (2002). *Offender's views of re-entry: Implications for processes, programs and services*. College Park : University of Maryland, Bureau of Governmental research.
- Ward, T., et Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, crime & law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T., Day, A., et Casey, S. (2006). Offender rehabilitation down under. *Journal of offender rehabilitation*, 43, 73-83.
- Williams, S. M., Marcoux-Galarneau, R., Malcom, P. B., Motiuk, L. L., Deurloo, B., Holden, R., et Smiley, C. (1996). *Normes et lignes directrices relatives à la prestation de services aux délinquants sexuels*. Ottawa : Service correctionnel du Canada.
- Willis, G. M., et Grace, R.C. (2008). The quality of community reintegration planning for child molesters: Effects on sexual recidivism. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 20(2), 218-240.
- Wilson, R. J., Stewart, L., Stirpe, T., Barrett, M., et Cripps, J.E. (2000). Community-based sexual offender management: Combining parole supervision and treatment to reduce recidivism, *Canadian Journal of criminology*, 42, 177-188.
- Wilson, R. J., McWhinnie, A., Picheca, A. E., Prinzo, M., et Cortoni, F. (2007). Circles of support and accountability: Engaging community volunteers in the management of high-risk sexual offenders. *The Howard Journal*, 46(1), 1-15.
- Wilson, R. J., Cortoni, F., et McWhinnie, A. J. (2009). Circles of support & accountability: A Canadian National replication of outcome findings. *Sexual abuse: A journal of research and treatment*, 21(4), 412-430.

- Whitehead, P. R., Ward, T., et Collie, R. M. (2007). Time for change: Applying the good lives model of rehabilitation to a high-risk violent offender. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 51(5), 578-598.
- Wormith, J. S., Althouse, R., Simpson, M., Reitzel, L. R., Fagan, T.J., et Morgan, R.D. (2007). The rehabilitation and reintegration of offenders: The current landscape and some Future Directions for correctional psychology. *Criminal justice and behavior*, 34(7), 879-892.

